El Salvador

Encuesta Nacional de Salud Familiar

FESAL-85



Asociación Demográfica Salvadoreña



Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Westinghouse

El Salvador

Encuesta Nacional de Salud Familiar

FESAL-85



Asociación Demográfica Salvadoreña



Demographic and Health Surveys
Institute for Resource Development/Westinghouse

FE DE ERRATAS

Cuadro 4.11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POR FUENTE DE OBTENCION, SEGUN METODO QUE USAN ACTUALMENTE

FUENTE DE OBTENCION	METODO ANTICONCEPTIVO						Total
	Esterilización						
	Femenina	Masculina	Inyección	OIU	Píldora	Condón	
MSPAS	69.0	23.0	0.7	68.3	39.0	9.8	61.6
ISSS	17.0	24.4	10.4	17.7	9.4	13.2	15.9
ADS	10.5	36.3	17.7	7.1	8.4	2.9	10.2
Farmacia	0.0	0.0	49.8	0.0	28.4	69.0	6.5
Clínica-Médico	2.5	10.5	21.4	5.9	4.1	0.0	3.3
Pro-Familia	0.1	0.0	0.0	0.0	6.4	2.9	1.0
ARS	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.1
Otro	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.1
No Determinado	0.0	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	1171	22	22	110	220	39	1591

Nota: Se excluyen Tableta Vaginal y Otros Métodos Femeninos porque solamente tienen seis y una usuaria, respectivamente.

Página 100:

Para las tasas totales del cuadro 6.1 el riesgo acumulado en el primer año de vida es:

$$0.029 + 2(0.0079) + 3(0.0043) + 6(0.0026) = 0.0733;$$

luego la probabilidad de sobrevivir hasta cumplir un año se calcula como:

$$\exp(-0.0733) = 0.929,$$

y la probabilidad de morir en el primer año de vida es:

$$1-0.929 = 0.071$$

o 71 muertes por cada mil nacimientos.

REPUBLICA DE EL SALVADOR, C.A.

Encuesta Nacional de Salud Familiar

FESAL-85

Asociación Demográfica Salvadoreña

Institute for Resource Development/Westinghouse

September 1987

La Encuesta Nacional de Salud Familiar, **FESAL-85**, fué desarrollada por la **Asociación Demagráfica Salvadoreña, ADS**. **ADS** ha realizado encuestas nacionales de fecundidad y salud con cierta periodicidad desde 1973, con el próposito de facilitar la evaluación y formulación de los programas de salud y planificación familiar en El Salvador. Información adicional sobre **FESAL-85** o sobre las actividades de planificación familiar en El Salvador puede obtenerse de **ADS**, Apartado Postal 1338, San Salvador, El Salvador, C.A.

FESAL-85 se llevó a cabo en el marco de las **Encuestas de Demografía y Salud**, DHS. DHS es un programa de alcance internacional del **Institute for Resource Development (IRD)**, una subsidiaria de **Westinghouse Electric Corporation** con oficinas en Columbia, Maryland. El programa lo desarrolla **IRD** bajo contrato con la **Agencia para el Desarrollo Internacional, AID** (contrato DPE-3023-C-00-4083-00). Información adicional sobre el programa **DHS** se puede obtener escribiendo al P. O. Box 866, Columbia, Maryland, 21044, U.S.A. (Telex 87775).

PERSONAL PARTICIPANTE EN LA PREPARACION DEL INFORME

Asociación Demográfica Salvadoreña, ADS

José David Araya Zelaya
Director, Unidad de Planificación, Evaluación e Investigación, UPEI

José Mario Cáceres Henríquez
Asistente Técnico, UPEI

Luis Sidney Castro Escobar
Asistente Técnico, UPEI

Investigaciones de Población y Mercado, IPM

Alex Antonio Alens Zelaya
Presidente-Gerente

Luis Antonio Bermudez
Consultor Asociado

Institute for Resource Development, IRD

John Novak
Coordinador Regional para América Central del Programa DHS, hasta Octubre, 1985

Enrique Carrasco
Consultor, Programa DHS

Germán Rodríguez
Consultor, Programa DHS

Alfredo Aliaga
Muestrista, Programa DHS

Luis Hernando Ochoa
Coordinador Regional para América Latina del Programa DHS

PRESENTACION

La Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-85, cuya fase de campo se ejecutó en los meses de Mayo a Julio de 1985, ha sido auspiciada por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) mediante un convenio con el Institute for Resource Development (IRD), una subsidiaria de Westinghouse Electric Corporation. El estudio se realizó en el marco del proyecto de Encuestas Demógráficas y de Salud (DHS) que lleva a cabo el IRD en 35 países con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), siendo la encuesta en El Salvador la primera que se llevó a cabo en el proyecto DHS.

En la realización de FESAL-85 se contó con la asistencia técnica de IRD y con la participación de la firma consultora salvadoreña Investigaciones de Población y Mercado, S.A. de C.V. (IPM). Asimismo se contó con el apoyo oficial de varias instituciones nacionales que merecen pleno reconocimiento, entre otras: el Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (MIPLAN), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y muy especialmente la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

El presente documento incluye una descripción e interpretación analítica general, aunque cuidadosa, de los niveles actuales y las tendencias recientes de importantes indicadores demográficos, de salud y planificación familiar en El Salvador. La información cuantitativa y cualitativa que se presenta será de utilidad inmediata para los responsables de la formulación de estrategias y políticas nacionales de población, salud y planificación familiar.

El grupo responsable de la elaboración de este documento quiere dejar expresa constancia de reconocimiento y agradecimiento a un selecto grupo de funcionarios de diversas instituciones salvadoreñas, por su identificación y colaboración en las distintas fases de la Encuesta Nacional de Salud Familiar. Además, mención particular se hace de John Novak, ex-funcionario de IRD, quien sirvió de enlace con las instituciones salvadoreñas hasta Octubre de 1985. En el mismo sentido, se reconoce y agradece el connotado esfuerzo de todo el personal técnico y administrativo que participó en FESAL-85, en especial al personal responsable del trabajo de campo, que con su interés, capacidad y experiencia hizo posible un desarrollo cuidadoso de todas y cada una de las actividades preparatorias y de implementación y, en último término, de la obtención de los valiosos resultados que se presentan en este informe.

Los Autores.-

Contenido

Capitulo | Página

1. Introducción

1.1 Antecedentes Generales.......... 1
1.2 El Contexto Demográfico.......... 3
1.3 Las Politicas de Población.......... 6
1.4 La Encuesta Nacional de Salud Familiar.......... 7
1.5 Características de la Muestra.......... 8
1.6 Notas Sobre la Presentación de Resultados..........12

2. Nupcialidad y Exposición al Riesgo

2.1 Introducción..........13
2.2 El Estado Civil Actual..........13
2.3 La Edad a la Primera Unión..........16
2.4 La Exposición al Riesgo de Embarazo..........20
2.5 La Infertilidad Post-Parto..........24

3. Niveles y Tendencias de la Fecundidad

3.1 Introducción..........33
3.2 La Fecundidad Por Edad..........34
3.3 La Fecundidad Marital Según Duración de la Unión..........37
3.4 La Fecundidad Acumulada..........40
3.5 El Oescenso de la Fecundidad..........44

4. Anticoncepción

4.1 Introducción..........47
4.2 El Conocimiento de Métodos..........47
4.3 El Conocimiento de Fuentes..........51
4.4 El Uso Anterior de Métodos..........55
4.5 El Uso Actual de Métodos..........58
4.6 La Fuente de Obtención del Método Actual..........66
4.7 Las Razones de No Uso de Métodos..........67
4.8 Las Intenciones de Uso en el Futuro..........69
4.9 Las Actitudes Hacia la Planificación Familiar..........73

Capítulo Página

5. Preferencias de Fecundidad

5.1 Introducción....77
5.2 Deseo de Limitar los Nacimientos....78
5.3 Deseo de Espaciar los Nacimientos....82
5.4 El Número Ideal de Hijos....84
5.5 Preferencias y Uso Actual de Anticonceptivos....87
5.6 Preferencias y Uso Reciente de Anticonceptivos....91
5.7 La Fecundidad No Deseada....93

6. Mortalidad y Salud

6.1 Introducción....99
6.2 La Mortalidad Infantil....99
6.3 La Atención del Embarazo y del Parto....106
6.4 La Vacunación de los Niños....108
6.5 Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea....113

7. Resumen y Conclusiones

7.1 Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo....121
7.2 Fecundidad....122
7.3 Anticoncepción....123
7.4 Preferencias de Fecundidad....124
7.5 Mortalidad y Salud....125

Apéndices

I. Diseño y Selección de la Muestra

I.1 Consideraciones para el Marco Muestral....129
I.2 Estratificación y Asignación de la Muestra....132
I.3 Selección de la Muestra....132
I.4 Factores de Ajuste....136

II. Trabajo de Terreno y Análisis de los Datos

II.1 Entrenamiento y Trabajo de Terreno....137
II.2 Procesamiento y Análisis de Datos....138

III. Características de la Muestra

III.1 Rendimiento de la Muestra....143
III.2 La Precisión de los Resultados: los Errores Estándar....145

IV. Estructura Organizacional y Administrativa de FESAL-85

IV.1 Personal....153
IV.2 Esquema Organizacional....156

V. Cuestionario....157

Lista de Cuadros

Cuadro | Página

1.1 Principales Indicadores Demográficos, El Salvador 1950-1985....4

1.2 Estructura por Edad de las Mujeres Entrevistadas, según las Encuestas FESAL-85 de 1973, 1975, 1978 y 1985....9

1.3 Distribución Porcentual de Mujeres Entrevistadas, por Grupos de Edad y Area de Residencia, según Nivel Educativo....10

2.1 Distribución Porcentual de Mujeres Entrevistadas por Estado Civil, según Area de Residencia....14

2.2 Distribución Porcentual de las Mujeres Entrevistadas por Estado Civil, según Grupos de Edad....15

2.3 Distribución Porcentual del Estado Civil en el Censo de 1971 y en las Encuestas sobre Fecundidad en El Salvador....16

2.4 Distribución Porcentual de las Mujeres Entrevistadas, por Edad a la Primera Unión, según Grupos de Edad....17

2.5 Mediana de la Edad a la Primera Unión, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad Actual....19

2.6 Porcentaje de Mujeres Entrevistadas Expuestas al Riesgo de Embarazo, por Estado Civil, según Grupos de Edad....22

2.7 Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas, por Estado de Exposición al Riesgo de Embarazo, según Grupos de Edad....23

2.8 Porcentaje de Niños en Lactancia Continuada, por Edad del Niño, según Grupos de Edad de las Madres....26

2.9 Porcentaje de Mujeres en Amenorrea Post-Parto, por Meses desde el Parto, según Grupos de Edad de las Madres....27

2.10 Porcentaje de Mujeres en Abstinencia Post-Parto, según Grupos de Edad de las Madres....28

Cuadro		Página
2.11	Duración Promedio de la Lactancia, Amenorrea y Abstinencia, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad de las Madres	29
3.1	Tasas Específicas, Tasas Generales y Tasas Globales de Fecundidad, por Período Calendario, Area de Residencia y Nivel Educativo de las Mujeres, según Grupos de Edad	36
3.2	Tasas Específicas, Tasas Generales y Tasas Globales de Fecundidad Marital, por Período Calendario, Area de Residencia y Nivel Educativo de las Mujeres, según Grupos de Edad	39
3.3	Distribución Porcentual de Mujeres Entrevistadas por Número de Hijos Tenidos, según Grupos de Edad	41
3.4	Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas por Número de Hijos Tenidos, según Grupos de Edad	41
3.5	Promedio de Hijos de las Mujeres Alguna Vez Unidas, por Años desde la Primera Unión, según Edad de la Primera Unión	43
3.6	Promedio de Hijos Tenidos, de las Mujeres Entrevistadas por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad	44
3.7	Promedio de Hijos de las Mujeres de 45-49 años y Tasas Globales de Fecundidad para los últimos Cinco Años, por Area de Residencia y Nivel Educativo	45
4.1	Porcentaje de Mujeres Entrevistadas que Conocen Métodos Anticonceptivos por Método, según Grupos de Edad	48
4.2	Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que Conocen Algún Método Anticonceptivo Moderno, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Número de Hijos Vivos	50
4.3	Distribución Porcentual de Mujeres, por Conocimiento de Fuente Anticonceptiva más Cercana, según Método Anticonceptivo	52
4.4	Porcentaje de Mujeres Entrevistadas que Conocen una Fuente Cercana de Anticonceptivos, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad	53
4.5	Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que han usado Anticonceptivos, por Método Usado, según Grupos de Edad	56

Cuadro | Página

4.6 Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que han usado un Método Anticonceptivo Moderno, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad........................57

4.7 Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas que Usan Anticonceptivos, por Método, según Grupos de Edad....................59

4.8 Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que está usando un Método Anticonceptivo Moderno, por Area de Residencia Y Nivel Educativo, según Número de Hijos Actualmente Vivos...61

4.9 Distribución Porcentual de las Usuarias de Píldora, por Tipo de Píldora Actualmente Usada..64

4.10 Distribución Porcentual de Mujeres Esterilizadas, por Edad a la Esterilización, según Año de Esterilización.....................65

4.11 Distribución Porcentual de Usuarias de Anticonceptivos por Fuente de Obtención, según Método que Usan Actualmente..66

4.12 Distribución Porcentual de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo que no Usan pero han usado Anticonceptivos, por Razón de No Uso, según Grupos de Edad................................69

4.13 Distribución Porcentual de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo que no Usan Actualmente Anticonceptivos, por Intencioens de Uso en el Futuro, según Número de Hijos Vivos...70

4.14 Distribución Porcentual de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo que Tienen Intenciones de Usar Anticonceptivos en el Futuro,por Método que Preferirían Usar, según Período en que Iniciaran el Uso...72

4.15 Distribución Porcentual de Mujeres que Conocen algún Método Anticonceptivo, por Actitud y Razones de Aprobación o Desaprobación hacia la Planificación Familiar, según Grupos de Edad...74

5.1 Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas por Intenciones Reproductivas, según Número de Hijos Vivos...78

5.2 Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas por Intenciones Reproductivas, según Grupos de Edad......................79

Cuadro | Página

5.3 Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que no Desean más Hijos, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Número de Hijos Vivos.....81

5.4 Distribución de Mujeres Actualmente Unidas que Desean Tener Otro Hijo, por Tiempo de Espera Preferido, según Número de Hijos Vivos.....83

5.5 Distribución Porcentual de las Mujeres Entrevistadas, por Número Ideal de Hijos que Desean Tener, según Número de Vivos.....84

5.6 Promedio de Hijos que Desean Tener las Mujeres Entrevistadas, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Grupos de Edad.....86

5.7 Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que no Usan Anticonceptivos y que Desean Tener Otro(s) Hijo(s), por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Intenciones Reproductivas.....88

5.8 Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas Expuestas al Riesgo de Embarazo, por Area de Residencia y Nivel Educativo, según Intenciones Reproductivas.....89

5.9 Distribución Porcentual de Nacimientos Ocurridos, por Situación de Uso de Anticonceptivos e Intenciones Reproductivas de las Madres, según Orden del Nacimiento.....92

5.10 Distribución Porcentual de Nacimientos Ocurridos en los últimos Doce Meses, por Intenciones Reproductivas de la Madre, según Orden del Nacimiento.....94

5.11 Tasas Específicas y Tasas Globales de Fecundidad Deseada, no Deseada y Total, para los Tres Años Anteriores a la Encuesta.....95

5.12 Tasa Global de Fecundidad Deseada, No Deseada y Total, por Area de Residencia y Nivel Educativo de las Mujeres Entrevistadas.....97

6.1 Tasas de Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Sexo y Edad del Niño.....101

6.2 Probabilidades de Muerte Infantil según Año de Nacimiento, Area de Residencia y Nivel Educativo.....102

6.3 Promedio de Hijos Nacidos Vivos e Hijos Sobrevivientes de las Mujeres Entrevistadas, por Sexo del Hijo, según Edad de la Madre.....105

Cuadro | Página

6.4 Distribución Porcentual de Niños Menores de Cinco Años, por Uso de Inyección Antitetánica, según Edad, Area de Residencia y Nivel Educativo de la Madre........................106

6.5 Distribución Porcentual de Nacimientos, por tipo de Personal que Atendió el Parto, según Area de Residencia y Nivel Educativo de las Mujeres Entrevistadas..107

6.6 Distribución Porcentual de Niños que Han Sido Vacunados, por Tipo de Vacuna y Dosis Aplicadas, según Edad del Niño en Meses..109

6.7 Distribución Porcentual de Niños que han sido Vacunados, por Asistencia a Jornadas de Vacunación, según Edad del Niño y Area de Residencia y Nivel Educativo de las Madres...112

6.8 Porcentaje de Niños que han tenido Diarrea en las últimas Dos Semanas, por Area de Residencia y Nivel Educativo de las Madres, según Edad del Niño............................114

6.9 Porcentaje de Niños que Han Recibido Tratamiento para la Diarrea, según Edad del Niño, Area de Residencia, y Nivel Educativo de las Madres...116

6.10 Porcentaje de Madres que han pedido Consejo para Tratamiento de la Diarrea y Fuente del Consejo, según Edad del Niño, Area de Residencia y Nivel Educativo de las Madres..118

Lista de Gráficos

Gráfico		Página
1.1	Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural	5
2.1	Exposición al Riesgo de Embarazo	23
2.2	Infertilidad Post-parto	30
3.1	Tasas de Fecundidad Por Edad, 1973, 1985	37
3.2	Tasas Globales de Fecundidad, 1978, 1985	38
4.1	Conocimiento y Uso de Métodos	49
4.2	Conocimiento de Fuente Cercana	54
4.3	Uso Actual de Métodos, 1978, 1985	60
4.4	Uso de Métodos Modernos	62
4.5	Tasas de Prevalencia 1978-1985	63
4.6	Fuente del Método Usado, 1978, 1985	68
5.1	El Deseo de Limitar la Fecundidad	82
5.2	Número Ideal de Hijos	85
5.3	La Demanda Insatisfecha	90
6.1	Tendencias de la Mortalidad Infantil	103
6.2	Diferenciales de la Mortalidad Infantil	104
6.3	Vacunas Administradas a los 12-17 Meses	111
6.4	Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea	117

1. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes Generales

El Salvador está situado en el corazón de América Central, limitando al Norte con Honduras, al Sur con el Océano Pacífico, al Oeste con Guatemala y al Este con Honduras y Nicaragua, a través del Golfo de Fonseca. Con una extensión de 21,040 kilómetros cuadrados y una población estimada en 4.7 millones hacia 1985, El Salvador tiene la más alta densidad de población de Latinoamérica con aproximadamente 230 habitantes por Km^2. Políticamente, el país esta dividido en 14 departamentos, subdivididos a su vez en 262 municipios.

En la época precolombina el actual territorio de El Salvador estuvo bajo la influencia de las civilizaciones maya y tolteca. La conquista española se inicia en 1524 y el proceso de emancipación en 1811. Luego de un breve período en que forma parte de las Provincias Unidas de Centro América, El Salvador declara su independencia el 15 de Septiembre de 1821.

La mayoría de la población es católica y el idioma oficial es el castellano. La estructura social y económica es heterogénea y desigual por regiones geográficas. La población rural representa actualmente más del cincuenta por ciento. Entre los centros urbanos se destaca la ciudad capital de San Salvador, donde se concentran las principales actividades económicas y productivas del país, siguiendo en importancia las ciudades de Santa Ana y San Miguel.

Con una extensión territorial muy reducida, el país presenta irregularidades orográficas que limitan sensiblemente su aprovechamiento económico, en especial el que pudiera lograrse a través del agro. Lo anterior significa que la geografía de El Salvador no responde a extensiones aprovechables permanentes. Suelos empobrecidos y una vegetación arrasada confinan a cultivos de temporada (algodón, caña de

azúcar) el poco espacio agrícola existente. Se considera como de mayor extensión el ubicado entre la cadena costera y la costa, en el sureste del país, que abarca una franja aproximada de 60 kilómetros de largo por 35 de ancho, escasamente diez por ciento del territorio nacional. El resto de El Salvador, salvo algunos espacios, puede calificarse de tierras poco aptas para actividades del sector primario (agricultura, silvicultura y minería).

La utilización de tierras no aptas para la agricultura, ocurrida por el acelerado crecimiento demográfico, presiona los pocos recursos naturales existentes, fundamentalmente por la explotación irracional de los mismos, la contaminación ambiental, etc. Este panorama globalista, observado desde un ángulo físico-geográfico, sirve de marco a las condiciones socio-económicas que prevalecen en el momento actual.

La economía del país gira en torno a la exportación de productos agrícolas, en particular el café, el algodón y la caña de azúcar. En las décadas de los sesenta y setenta se lograron significativos avances en el desarrollo industrial y comercial, registrándose índices aceptables de crecimiento económico, pero el proceso ha sido lento y poco coherente e interrumpido por el conflicto socio-político que El Salvador atraviesa desde 1979. El país se enfrenta a una renta per cápita baja y desigualmente repartida, alta desocupación encubierta y bajos índices de escolaridad. Por otra parte la cobertura de los sistemas de salud pública y seguridad social, así como otros servicios generales (agua potable, alcantarillado y luz eléctrica) es baja y sigue favoreciendo a una minoría.

A comienzos de la década de los ochenta la crisis estructural se agudiza y acrecienta, a raíz del mismo conflicto, el cual ha tenido diversas repercusiones. En lo económico se han deteriorado los términos del intercambio, han bajado los niveles de empleo y se ha incrementado el proceso inflacionario. En lo social han aumentado las migraciones internas e internacionales por desplazamientos de población.

1.2 El Contexto Demográfico

En el cuadro 1.1 se presenta una serie de indicadores de la situación demográfica de El Salvador en los últimos treinta y cinco años. En el período 1950-1985 se aprecia un importante descenso de la mortalidad general. La tasa bruta de mortalidad disminuyó de 20 a 11 defunciones anuales por cada mil habitantes, mientras la esperanza de vida al nacer aumentó de 47 a 60 años entre 1950 y 1980 y luego descendió alrededor de 57 años entre 1980 y 1985. Este proceso ha sido gradual y sostenido a lo largo de todo el período.

En el mismo período se aprecia también un descenso de la fecundidad, aunque no tan pronunciado como los cambios de mortalidad. La tasa bruta de natalidad descendió de prácticamente 49 nacimientos anuales por cada mil habitantes a 28 por mil hacia 1985. En términos de la tasa global de fecundidad el descenso es menos marcado, bajando de un promedio de seis y medio hijos por mujer a alrededor de seis hacia 1980. Entre 1980 y 1985, sin embargo, se evidenció un descenso más marcado de la misma tasa global de fecundidad a un promedio de 4.4 hijos por mujer que se tendrá oportunidad de comentar más adelante.

Estas tendencias se pueden apreciar con mayor claridad en el gráfico 1.1, que muestra las tasas de natalidad y mortalidad junto a la tasa de crecimiento natural de la población.

Es interesante notar que el descenso de la mortalidad antecedió al de la natalidad y fue más pronunciado, lo que produjo un aumento de la tasa de crecimiento vegetativo de la población durante la mayor parte del período bajo estudio. Hacia 1980, el descenso de la fecundidad alcanzó a compensar las reducciones de mortalidad, con lo cual la tasa de crecimiento retornó a niveles de 32 por mil. Sin embargo, en los últimos años habría evidencia de que la tasa de crecimiento ha disminuído a alrededor del 2.7 por ciento, como consecuencia del continuado descenso de la fecundidad y a pesar de un ligero aumento de la mortalidad.

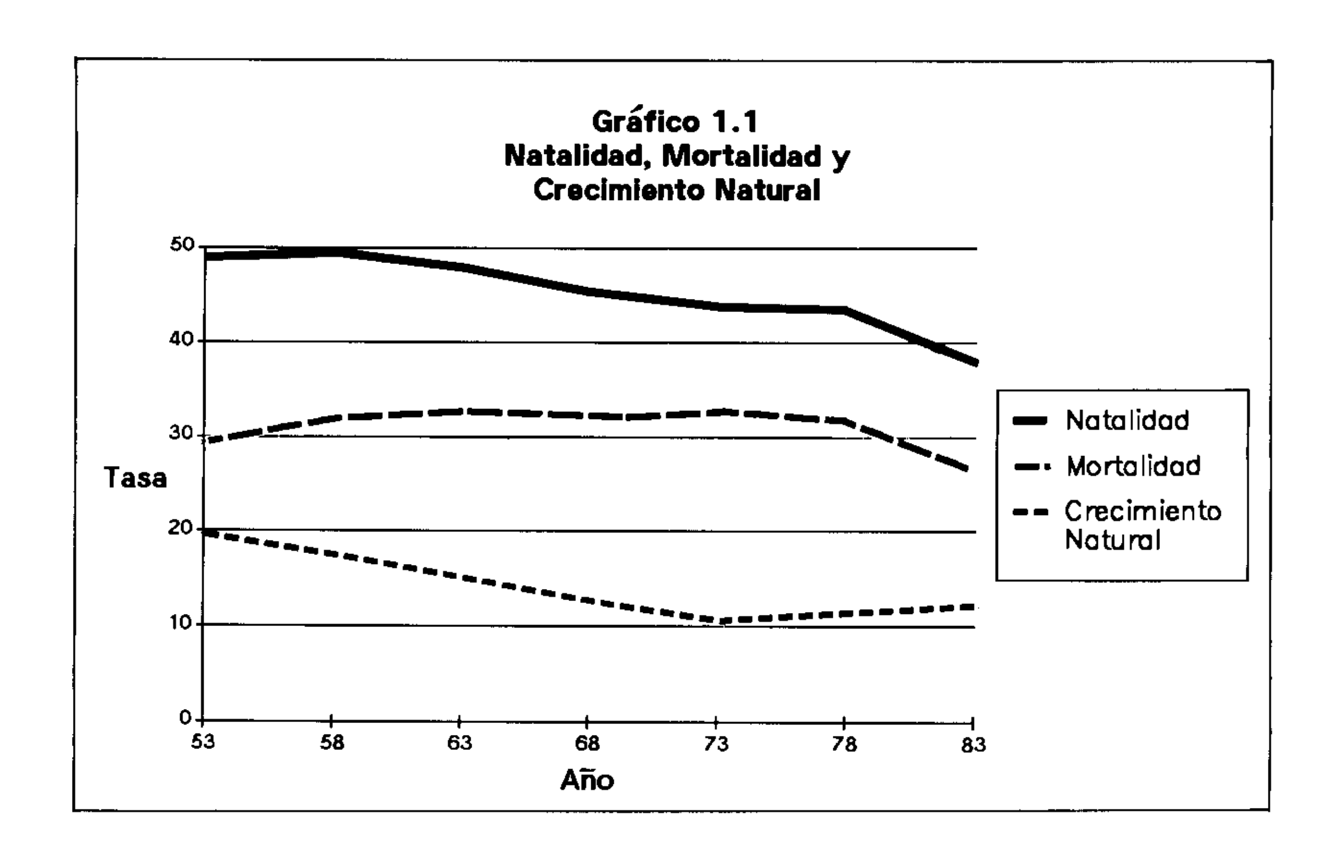
Cuadro 1.1

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRAFICOS
EL SALVADOR 1950-84

INDICADOR	AÑOS O QUINQUENIOS							
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Población (Miles)[1]:								
Total	1931	2202	2542	2942	3398	3924	4514	4768
0-14	809	955	1144	1360	1583	1815	2176	2195
15-64	1065	1183	1326	1496	1714	1990	2211	2412
65 y Mes	57	64	72	86	101	119	127	161
Mujeres 15-49	465	515	573	645	742	867	1010	1067
Mujeres 15-24	194	204	225	263	314	382	455	474
Cifras Relativas[1]:								
0-14	41.9	43.4	45.0	46.2	46.6	46.2	48.2	44.4
15-64	55.2	53.8	52.2	50.9	50.4	50.7	49.0	50.9
65 y Mes	2.9	2.8	2.8	2.9	3.0	3.1	2.8	3.4
Mujeres 15-49-Tot. Muj.	48.3	46.9	45.2	43.9	43.8	44.2	43.4	44.2
Mujeres 15-24-Muj. 15-49	41.7	39.6	39.3	40.8	42.3	44.1	45.0	44.4
Indices[1]:								
Edad Mediana	18.8	18.4	17.6	16.9	16.6	16.7	15.8	15.6
Razón de Dependencia	812	860	917	966	983	972	1041	977
Razón de Masculinidad	1000	1006	1005	1003	1002	1001	938	935
Relación Niños-Mujer	705	765	829	853	837	818	791	739
Acontecimientos[2]:								
Nacimientos	508	590	658	721	801	913	880	
Defunciones	204	210	208	204	199	245	200	
Tasas Vitales[2]:								
Tasa Bruta de Natalidad	49.1	49.7	48.0	45.4	43.7	43.3	38.0	
Tasa Bruta de Mortalidad	19.7	17.7	15.2	12.9	10.8	11.6	10.8	
Tasa Neta de Migración	-3.1	-4.3	-3.7	-3.9	-4.1	-3.7	-16.5	
Tasas de Crecimiento[2]:								
Crecimiento Natural	29.4	32.0	32.8	32.6	32.9	31.7	27.2	
Media Anual Exponencial	26.3	28.7	29.2	28.8	28.8	28.0	11.0	
Otros Indices[2]:								
Tasa de Fecundidad General	202	212	212	204	196	186	153	
Tasa Global de Fecundidad	6.46	6.81	6.85	6.62	6.34	6.01	4.40	
Esperanza de Vida al Nacer	46.7	49.6	52.9	56.0	59.0	60.0	57.2	

Fuente: Las cifras para 1950-80 provienen de estudios de análisis demográfico realizados por Alex A. Alens Z. Las correspondientes al período más reciente son estimaciones vigentes y proyecciones tomadas del documento: **El Salvador, Diagnóstico Demográfico Regionalizado (Actualizado al Año 1980)**. MIPLAN, División de Planificación, Departamento de Población, Diciembre de 1983.

[1]Las estimaciones se refieren al 30 de Junio de cada año.
[2]Las estadísticas vitales y otros índices se refieren al quinquenio correspondiente.



Por otra parte, el saldo migratorio neto, que generalmente ha sido negativo, aumentó hacia 1980 de su nivel histórico de tres o cuatro por mil a más de 14 emigrantes anuales por cada mil habitantes, cifra que está indudablemente influída por el conflicto socio-político que vive el país. Esta fuerte corriente migratoria reduce la tasa media de crecimiento de la población a niveles de 11 por mil, excediendo de este modo el efecto de la mortalidad general.

El rápido crecimiento de la población a lo largo del período estudiado ha aumentado el peso relativo de los menores de 15 años, de aproximadamente 42 a un poco más de 46 por ciento, produciendo lo que los demógrafos llaman un **rejuvenecimiento** de la población. Este fenómeno se traduce en un aumento de la relación de dependencia, que ha alcanzado niveles del orden de una persona dependiente (sea por juventud o senectud) por cada persona potencialmente activa. Por otra parte, el peso relativo de las mujeres de 15 a 24 años dentro del total de mujeres en edad reproductiva también ha aumentado de aproximadamente 42 a 44 por ciento.

1.3 Las Políticas de Población

Las políticas en el área de población han sido formuladas por diversos gobiernos salvadoreños en torno a la familia, definida como el ente principal al que deben dirigirse las acciones de educación, salud y planificación familiar. Los hitos más importantes se mencionan a continuación.

En 1962 se funda la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), que proporciona servicios de planificación familiar como parte de las actividades de atención materno-infantil. A partir de 1968 se suman a estos esfuerzos las actividades de dos instituciones públicas: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), a las que más tarde se incorpora la Administración Nacional de Telecomunicaciones.

En 1971 se crea la Unidad de Población y Recursos Humanos del Consejo Nacional de Planificación, de cuyos estudios resulta la Política Integral de Población (PIP), aprobada por el Consejo de Ministros en Octubre de 1974. Esta política se orienta al tratamiento de problemas de nutrición, morbilidad, mortalidad, empleo, distribución espacial de la población y crecimiento demográfico. Para implementarla se forma la Comisión Nacional de Población y el Comité Técnico de Población, entidad asesora de la Comisión.

En 1978, el Plan **Bienestar para Todos** redefinió las acciones de la PIP, centrando la atención en la regulación del crecimiento demográfico y la distribución territorial de la población por medio de cuatro acciones básicas: planificación familiar, educación familiar, comunicaciones masivas de apoyo a programas de planificación familiar, y planificación de las migraciones y asentamientos humanos.

El gobierno de 1979, sin modificar la naturaleza de la política integral de población, la inserta en el contexto más amplio de la política social. De acuerdo a esta concepción, la alteración de las variables demográficas debe propender al bienestar de la comunidad. En esta época

se crean cuatro comisiones permanentes, para implementar acciones en las áreas de salud materno-infantil y planificación familiar; migraciones; información, educación y capacitación en población; e investigación socio-demográfica.

En 1983 se incluye en la Carta Magna de El Salvador el artículo 118 mediante el cual "...el Estado adoptará políticas de población con el fin de asegurar el mayor bienestar a los habitantes de la República."

Finalmente, en la Política Social del actual Plan General de Gobierno **El Camino Hacia la Paz** que fué aprobado en 1985 se incluyen importantes recomendaciones en cuanto a la Política de Población y Familia.

1.4 La Encuesta Nacional de Salud Familiar

La encuesta FESAL-85 ha sido planteada en el contexto de la política integral de población como una actividad que aporta información útil para la elaboración y evaluación de los programas de trabajo, particularmente en las áreas de salud materno-infantil, nutrición y planificación familiar.

Los objetivos específicos de la encuesta son proporcionar información actualizada sobre:

- Los niveles de fecundidad y sus determinantes más importantes, como son la nupcialidad, la lactancia, el uso de anticonceptivos y las preferencias reproductivas.

- El nivel de la mortalidad infantil y otros factores relacionados con la salud de la madre y del niño.

- Los diferenciales socio-económicos en los niveles de fecundidad, nupcialidad, anticoncepción y mortalidad infantil.

La comparación de los resultados con estudios anteriores, y en especial la serie de encuestas FESAL de 1973, 1975 y 1978, permite por otra parte estimar tendencias en algunos de estos indicadores, particularmente la fecundidad y el uso de anticonceptivos.

La responsabilidad de esta encuesta fué asumida por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), a través de su Unidad de Planificación, Evaluación e Investigación (UPEI). El papel de Director Nacional fue desempeñado por el Director Ejecutivo de la ADS y el de Director de la Encuesta por el Director de la UPEI. La Asociación estimó conveniente, además, contar con los servicios de la firma consultora local Investigaciones en Población y Mercado S. A. de C. V. (IPM). En términos prácticos, se creó una estructura especial para la ejecución de la encuesta (Véase organigrama en el Apéndice IV).

Esta encuesta se realizó en el marco del Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) del Institute for Resource Development, IRD, una subsidiria de Westinghouse Electric Corporation. El programa DHS cuenta con el apoyo financiero de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

El equipo de trabajo se formó en Enero de 1985, iniciándose de inmediato las tareas administrativas y operacionales, así como el diseño de la investigación, elaboración del marco muestral y selección de la muestra. El trabajo de terreno se llevó a cabo entre Mayo y Julio de 1985. Las actividades de crítica, codificación y limpieza de datos se completaron en Octubre de 1985. Luego se procedió a realizar las tabulaciones necesarias, completándose una versión parcial del informe final en Mayo de 1986 y el borrador de la presente edición en Septiembre del mismo año.

1.5 Características de la Muestra

La población objetivo fue definida como el total de mujeres entre 15 y 49 años de edad, cualquiera fuese su estado conyugal. Por razones de

seguridad se excluyeron del universo algunas unidades político-administrativas, cubriéndose alrededor del 55 por ciento del territorio. Se estima, sin embargo, que la población residente en las zonas cubiertas constituye un 75 a 80 por ciento de la población del país, entre las que se incluye además una proporción significativa de personas desplazadas por el conflicto.

El estudio se basó en una muestra probabilística seleccionada en forma multietápica y formada por 5,207 mujeres en edad fértil. Los detalles relativos al diseño e implementación de la muestra, junto a otros aspectos técnicos de la operación, se encuentran en el Apéndice I de este documento. El cuestionario se basó en el modelo de las Encuestas Demográficas y de Salud, y se incluye al final como el Apéndice V.

La estructura de las mujeres entrevistadas según grupos de edad se puede apreciar en el cuadro 1.2. En términos de la declaración de la edad es conveniente advertir que casi todas las mujeres proporcionaron el mes y año de nacimiento, además de su edad en años cumplidos. Un análisis

Cuadro 1.2

ESTRUCTURA POR EDAD DE MUJERES ENTREVISTADAS, SEGUN LAS ENCUESTAS FESAL DE 1973, 1975, 1978 Y 1985

GRUPOS DE EDAD	ESTRUCTURA POR EDAD DE MUJERES EN EL AÑO INDICADO 1973	1975	1978	1985
15-19	25.1	26.0	23.3	23.6
20-24	20.2	17.2	20.0	19.8
25-29	14.8	13.9	12.7	16.3
30-34	12.8	12.8	14.5	13.2
35-39	11.4	12.7	11.4	10.6
40-44	8.7	9.9	9.1	8.5
45-49	7.0	7.6	9.0	8.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	3449	ND	4076	5207

(ND): No disponible.

detallado de estos datos (pero no incluido en este informe) revela muy poca atracción de dígitos, con un índice de Mortara de 105 para los 30 años y 121 para la edad 40, que es la peor declarada. En contraste, los cálculos para el Censo de 1971 arrojan índices de 161 y 175 para las mismas edades. La distribución en grupos quinquenales es comparable a la obtenida en las encuestas de 1973, 1975 y 1978, y se asemeja bastante a la de poblaciones teóricas (cuasi-estables) que representarían las condiciones demográficas de El Salvador en los últimos veinticinco años.

En el cuadro 1.3 se presenta un resumen de las principales características de la muestra en términos de la distribución por edad, área de residencia y nivel educativo, que constituyen los más importantes criterios de clasificación empleados en el resto del informe.

Cuadro 1.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ENTREVISTADAS, POR GRUPOS DE EDAD Y AREA DE RESIDENCIA, SEGUN NIVEL EDUCATIVO

GRUPOS DE EDAD Y AREA DE RESIDENCIA	NIVEL EDUCATIVO					Total	(N)
	Sin Educación	Básica 1-3	Básica 4-6	Básica 7-9	Media y Superior		
Grupos de Edad:							
15-19	9.1	19.2	27.4	26.8	17.6	100.0	1240
20-24	14.3	21.9	24.3	15.6	24.0	100.0	1028
25-29	21.5	27.3	23.7	11.4	16.1	100.0	844
30-34	23.8	24.4	28.3	7.2	16.4	100.0	687
35-39	30.7	30.7	21.9	5.7	10.9	100.0	546
40-44	37.7	30.2	21.6	3.9	6.6	100.0	447
45-49	40.3	28.0	20.1	2.7	8.9	100.0	415
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	10.1	16.0	27.4	19.9	26.6	100.0	1724
Resto Urbano	15.6	19.8	27.6	16.0	21.0	100.0	1606
Area Rural	36.4	36.6	19.6	5.2	2.3	100.0	1877
Total	21.3	24.6	24.6	13.4	16.1	100.0	
(N)	1108	1279	1282	699	839		5207

Las categorías de área de residencia consideran el área metropolitana de San Salvador (AMSS), el resto urbano y el área rural. Estos estratos identifican en El Salvador, como en muchos países latinoamericanos, tres mundos culturales diferentes, que varían desde lo moderno hasta lo tradicional.

El nivel educativo ha sido clasificado en cinco grandes categorías que corresponden a las mujeres sin educación formal, a las que tienen educación básica, subdivididas de acuerdo al número de años aprobados, y las que han alcanzado la educación media o superior. Es conveniente notar que la estructura del sistema educacional cambió hace unos años, de seis años de primaria y seis de secundaria a nueve de básica y tres de educación media. Aunque sólo una parte de las mujeres entrevistadas han estado expuestas al nuevo sistema, se ha preferido usar la nomenclatura actualizada.

Al observar la distribución de educación en cada grupo de edad se advierten importantes diferencias, que reflejan una mejora de la cobertura del sistema educacional en el tiempo. El porcentaje de mujeres analfabetas ha pasado del 40 por ciento (entre las mujeres de 40 a 49 años) a sólo 9 por ciento (entre las mujeres más jóvenes). En los mismos grupos, en el otro extremo, el porcentaje de mujeres con mas de seis años de educacion ha aumentado de poco más del diez por ciento a casi la mitad del subgrupo de mujeres de edades menores.

También hay importantes diferencias de nivel educativo entre las tres áreas. En el área metropolitana se observa sólo un diez por ciento sin educación, comparado con más de un tercio de las mujeres del área rural. El resto urbano ocupa una posición intermedia, aunque bastante más cercana al AMSS que al área rural.

En conclusión, para el análisis del presente informe, es conveniente recordar que las mujeres urbanas y de menor edad tienden a ser más educadas que las mujeres rurales y de mayor edad.

1.6 Notas Sobre la Presentación de Resultados

Al concluir esta introducción general es conveniente notar algunas convenciones seguidas en la presentación de los resultados.

Los cuadros y gráficos han sido numerados separadamente en cada capítulo. En general no se indica la fuente cuando se trata de tabulaciones basadas en FESAL-85 o comparaciones con la serie de encuestas FESAL de 1973, 1975 o 1978.

En el título de los cuadros se usa la expresión **distribución porcentual** o simplemente **distribución** cuando se presentan todas las categorías de cierta característica, y la expresión **porcentaje** cuando se indica la proporción de casos en una categoría determinada, por ejemplo, el **porcentaje** que usa anticonceptivos. La segunda parte del título indica los criterios de clasificación usados, precedidos por la expresión **por** y **según**. Al pié del cuadro se indica generalmente la base de los cálculos o población a la cual se hace referencia en el cuadro, por ejemplo todas las **mujeres**, las **mujeres expuestas**, o las **mujeres actualmente unidas**.

Todos los cuadros, porcentajes y otros estadísticos, se basan en frecuencias ponderadas de acuerdo a los pesos muestrales, que varían por área de residencia y dependen además de los niveles de cobertura. Para facilitar la lectura, los totales se han aproximado a frecuencias enteras y los porcentajes se presentan generalmente con un decimal. Es posible, sin embargo, que por efectos del redondeo las frecuencias no sumen exactamente al tamaño muestral respectivo y que la distribución porcentual no sume exactamente cien.

En los cuadros de **porcentajes, medianas** o **promedios** se ha indicado el tamaño muestral sólo para los totales y no para cada categoría, lo que permite mejorar la legibilidad de los cuadros. En muchos casos se podrá deducir el tamaño muestral a partir de un cuadro anterior. No se presentan los estadísticos basados en menos de 20 casos, en que la variabilidad muestral es muy alta, lo que se indica en la celda correspondiente con un guión.

2. NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

2.1 Introducción

La nupcialidad es solamente uno de los fenómenos que condiciona el comportamiento de la fecundidad. En efecto, los cambios de orden cualitativo y cuantitativo de la poblacion en edad reproductiva del país están determinados por tres grandes hechos demográficos.

- El estado civil como una condición que refleja en El Salvador una distribución de estatus sancionados legalmente o por la costumbre. La edad a la primer unión marca el inicio de la vida reproductiva de la pareja.

- La exposición al riesgo de embarazo, variable que se refiere a la poblacion de mujeres con capacidad de concebir, con exposición a las relaciones sexuales y presumiblemente fértiles.

- La infertilidad post-parto, cuyos indicadores más relevantes son la amenorrea post-parto, la duración promedio de la lactancia, y el grado en que se practica la abstinencia sexual post-parto.

En síntesis, tanto la nupcialidad, como la exposición al riesgo y la duración de la lactancia constituyen en conjunto con la práctica de la anticoncepción los más importantes determinantes directos de la fecundidad. La lactancia, además, es de interés primordial en la salud infantil.

2.2 El Estado Civil Actual

En la encuesta FESAL-85 se investigó sobre la situación conyugal de las mujeres entrevistadas, siendo el propósito el de conocer el estado de la

nupcialidad tendiente al análisis de la distribución del estado marital de las mujeres, como parte integrante en la conformación de su grupo familiar, con la consecuente exposición al riesgo de embarazo.

Los cuadros 2.1 y 2.2 muestran la distribución porcentual de mujeres entrevistadas, por estado civil, según área de residencia y grupos de edad. Del examen de estos cuadros se concluye que en el área metropolitana de San Salvador las mujeres casadas o unidas representan el 56 por ciento del total, en contraste con el área rural del país, donde el 67 por ciento manifiesta esta condición.

La casi universalidad del matrimonio o de las uniones informales se evidencia a partir de los 30 años, puesto que se estima que para esa edad un 96 por ciento de las mujeres salvadoreñas están o han estado casadas o acompañadas. Por otra parte, el porcentaje de mujeres solteras desciende rápidamente después de los 20 años, proporcionando un indicador de que las primeras uniones se concentran en edades relativamente jóvenes.

Cuadro 2.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL, SEGUN AREA DE RESIDENCIA

ESTADO CIVIL	AREA DE RESIDENCIA			TOTAL
	AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR (AMSS)	RESTO URBANO	AREA RURAL	
Solteras	28.5	27.4	19.4	24.9
Casadas	24.5	25.8	27.1	25.8
Unidas	31.0	33.0	40.2	35.0
Viudas	2.3	2.0	1.9	2.1
Divorciadas o Separadas	13.7	11.6	11.4	12.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	1724	1606	1877	5207

Cuadro 2.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR ESTADO CIVIL, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ESTADO CIVIL	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Soltera	70.0	27.6	8.3	4.3	3.3	2.8	3.2	24.9
Casada	4.4	21.1	32.7	38.2	38.8	39.7	35.1	25.8
Unida	19.5	39.0	44.0	41.5	40.8	35.9	33.4	35.0
Viuda	0.0	0.7	1.6	2.2	3.1	5.9	7.5	2.1
Divorciadas o Separadas	6.1	11.6	13.3	13.9	14.0	15.8	20.8	12.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Otro aspecto importante de considerar es el natural aumento de la proporción de mujeres viudas, divorciadas y separadas a medida que aumenta la edad, si bien por área de residencia se mantiene una relativa estabilidad.

En términos globales las uniones informales son algo más frecuentes que los matrimonios legales, situación que es bastante común en América Latina. Este hecho adquiere relevancia tanto por áreas de residencia (con mayor proporción en el área rural: 40 por ciento de mujeres unidas sobre 27 por ciento de uniones legales), como por edad de las mujeres entrevistadas. Entre las mujeres de 15 a 39 años que están actualmente en unión predominan las uniones consensuales sobre las formales, para luego las mujeres de 40 a 49 años reportar una ligera mayoría de matrimonios legales. Estas últimas cifras sugieren una tendencia de las mujeres a iniciar su vida conyugal en una unión informal para luego legalizarla con el paso de los años o a medida que llegan hijos y se formaliza el hogar.

Al comparar los resultados de FESAL-85 con las encuestas anteriores y con el Censo de 1971 se encuentra que la estructura de la nupcialidad ha permanecido relativamente estable en los últimos quince años, al menos en cuanto a la proporción de cada categoría conyugal, como se evidencia en el cuadro 2.3.

La diferencia más notable se encuentra al comparar el Censo de 1971 con la serie de encuestas, que indican una menor proporción en las categoría de solteras y una mayor proporción de viudas o separadas. Este resultado sugiere una deficiencia del Censo para detectar uniones que se han disuelto.

Cuadro 2.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL EN EL CENSO DE 1971 Y EN LAS ENCUESTAS SOBRE FECUNDIDAD EN EL SALVADOR

CATEGORIA	CENSO	ENCUESTAS FESAL			
	1971	1973	1975	1978	1985
Soltera	42.3	24.4	25.2	24.6	24.9
Casada	27.3	23.9	26.6	28.7	25.8
Unidas	26.0	36.1	34.3	31.0	35.0
Viuda-Separada	4.4	15.6	13.9	15.7	14.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Censo Nacional de Población de El Salvador,1971; ENCUESTAS FESAL DE 1973, 1975, 1978, y 1985.

2.3 La Edad a la Primera Unión

En la sección de nupcialidad del cuestionario de FESAL-85 se preguntó a las mujeres alguna vez unidas la edad que tenían al unirse por primera vez con el propósito de establecer el inicio de la vida reproductiva en

las mujeres y analizar en capítulos posteriores como afecta esta unión primaria las tasas de fecundidad en El Salvador.

El cuadro 2.4 muestra la distribución de la edad en la primera unión de todas las mujeres, clasificadas en grupos quinquenales de edad. Para cada grupo de edad actual se indican en forma especial las edades en que la experiencia de nupcialidad al momento de la encuesta es incompleta. Para el grupo 15-19 por ejemplo, el 70 por ciento de mujeres continúa soltera al momento de la entrevista.

Los datos muestran que la edad de inicio de la exposición al riesgo, en términos del comienzo de una unión formal o informal, se ha mantenido relativamente estable en el tiempo, sin mayores diferencias.

Cuadro 2.4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, POR EDAD A LA PRIMERA UNION, SEGUN GRUPOS DE EDAD

EDAD A LA PRIMERA UNION	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Menos de 15	6.8	6.2	7.5	8.2	8.8	7.4	6.7	7.2
15	8.5	7.0	10.7	7.8	11.2	8.1	8.0	8.7
16	5.6	12.4	11.6	9.9	10.3	11.8	8.2	9.7
17	5.3	12.0	11.4	9.6	9.4	7.0	13.3	9.4
18	2.8	11.7	12.5	11.4	10.5	12.5	12.7	9.7
19	1.0	9.3	8.5	10.5	7.8	11.4	9.4	7.4
20-21	-	11.1	15.5	13.9	13.5	14.8	11.9	10.2
22-24	-	2.7	10.7	15.9	13.0	11.2	12.4	7.7
25 y Más	-	-	3.5	8.8	12.3	13.0	14.3	5.3
Soltera	70.0	27.6	8.3	4.3	3.3	2.8	3.2	24.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	-	19.1	18.7	19.3	19.0	19.3	19.1	
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Nota: Las cifras bajo las líneas discontinuas indican experiencia incompleta para el grupo de edad.

También se puede concluir que las uniones comienzan en edades tempranas. Es así como a partir de los 15 años se une por primera vez entre el siete y el diez por ciento de las mujeres en cada año individual de edad, de tal modo que antes de los 19 años se ha unido prácticamente la mitad de cada cohorte. Para cada grupo de edad se puede resumir la distribución del inicio de la nupcialidad si se calcula la edad a la cual se ha unido la mitad de cada cohorte, es decir la **edad mediana a la primera union**. Se excluye de estos cálculos el grupo de 15-19 años al momento de la encuesta, ya que sólo se ha casado un 30 por ciento de ellas (y en realidad, antes de los 15 años, que es la única edad con experiencia completa, se ha casado menos de un siete por ciento).

Los resultados mantienen vigente la afirmación anterior respecto a la estabilidad que ha mostrado la edad a la primera unión a lo largo del tiempo, ya que la mediana ha oscilado alrededor de los 19 años exactos, con ligeras variaciones en uno u otro sentido que no tienen mayor significación.

Sin embargo, al relacionar la edad a la primera unión con el nivel educativo y área de residencia se advierten varios aspectos de interés. El cuadro 2.5 muestra las **medianas de la** edad **a la primera unión**, según la edad actual, para las tres grandes áreas en que se ha clasificado el país y también para los cinco grupos educacionales.

Según el área de residencia se aprecian claras diferencias. En efecto, las estimaciones de la edad **mediana a la primera unión** indican que en el área metropolitana de San Salvador la mitad de las mujeres se ha casado o unido antes de los 20 años, mientras que en el resto urbano la mediana es 19.3 y en las áreas rurales 18.4. Estas diferencias se mantienen, sea que se miren las cohortes más jóvenes o las de más edad, con ligeras variaciones de escasa significación.

Los resultados según nivel educativo indican una relación directa entre la edad mediana a la primera unión y el grado más alto aprobado, ya que al aumentar el nivel educativo sube la edad mediana. Esta situación

indica que a mayor nivel socio-económico las parejas se unen a mayor edad. Para las cohortes más jóvenes (20-29 años), el diferencial va desde 17.5 años para las mujeres sin ninguna educación hasta 22 años para las que tienen educación media o superior.

Hay dos aspectos que complican ligeramente el análisis de estas medianas, y que se refieren a la menor edad a la primera unión entre las mujeres jóvenes con menor educación (hasta tres años de básica) y también en el grupo con educación media o superior. Aunque los tamaños muestrales son pequeños, llama la atención el carácter sistemático de ambas tendencias.

Cuadro 2.5

MEDIANA DE LA EDAD A LA PRIMER UNION, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN GRUPOS DE EDAD ACTUAL

VARIABLE Y CATEGORIA	GRUPOS DE EDAD					
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Area de Residencia:						
Area Metropolitana	19.8	20.1	19.8	20.1	20.1	19.8
Resto Urbano	19.5	19.1	19.2	18.9	19.6	19.5
Area Rural	18.2	17.7	18.9	18.3	18.5	18.6
Nivel Educativo:						
Sin Educación	17.5	17.6	18.0	17.7	18.3	18.3
Básica 1-3	17.5	17.7	18.7	18.5	19.3	18.9
Básica 4-6	18.7	18.6	19.4	20.1	19.5	19.7
Básica 7-9	19.4	19.7	20.7	22.1	22.1	22.8
Media y Superior	[1]	22.0	22.3	23.4	23.7	24.6
Total	19.1	18.7	19.3	19.0	19.3	19.1
(N)	1028	844	687	546	447	415

[1] Sólo un 41 por ciento de este grupo se ha casado o unido a la fecha.

Una posible explicación de estos resultados podría encontrarse en un fenómeno de selectividad, relacionado con un aumento generalizado de los niveles educacionales en el tiempo o a la migración internacional. En el primer caso tendríamos que las mujeres de 45-49 años que han alcanzado niveles de educación media o superior serían mujeres de excepción para su época, que probablemente tenían otras características superiores al promedio. En el segundo caso podría ocurrir que haya mayor migración de mujeres con más educación, que aún permanecen solteras.

En todo caso, los datos sobre nupcialidad estarían indicando una situación estable en el tiempo, con una edad mediana a la primera unión que oscila alrededor de los 19 años y con las diferencias esperadas en cuanto al área de residencia y nivel educativo.

2.4 La Exposición al Riesgo de Embarazo

Para contar con un análisis en mayor profundidad acerca de la exposición al riesgo del embarazo se incluyó al final de la Sección III, **Historia de Salud Materno-Infantil y Maternidad** del cuestionario de FESAL-85, una serie de preguntas que permitieran una definición precisa de los grupos expuestos al riesgo y que forman parte del interés primordial para los administradores de programas planificación familiar.

Tres son las condiciones requeridas para que las mujeres estén expuestas al riesgo de concebir:

- Estar ovulando. Operacionalmente se considera que están ovulando las mujeres que declararon haber tenido una menstruación en las seis semanas anteriores a la encuesta.[1] Se excluyen en este caso las mujeres embarazadas, las que

[1] La pregunta sobre el retorno de la menstruación después del nacimiento del último hijo vivo no fué formulada a las mujeres que declaraban no haber reiniciado sus relaciones sexuales. Sin embargo para efectos de análisis se han clasificado esas mujeres en amenorrea post-parto.

están en amenorrea post-parto y las que no han tenido una menstruación reciente, ya sea por menopausia o por irregularidad en sus ciclos menstruales.

- Tener actividad sexual. Se consideran sexualmente activas aquellas mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales en las cuatro semanas anteriores a la Encuesta FESAL-85. La pregunta que corresponde a esta variable fue formulada antes de obtener la información sobre el estado civil de la entrevistada, como una estrategia que busca conciliar el interés en determinar la exposición al coito de las mujeres que no están en unión, con el deseo de evitar preguntar sobre esta materia a mujeres después que explícitamente declararon no estar unidas.

- Ser Fértiles. Esta condición puede ser inferida en forma indirecta. En la FESAL-85 se consideran como mujeres presumiblemente infértiles las que están ovulando y tienen actividad sexual, no han usado nunca anticonceptivos y sin embargo tienen un intervalo abierto (desde el último hijo, o desde la primera unión si no tienen hijos) de cinco años o más. Lamentablemente en la encuesta no se incluyó una pregunta sobre uso de anticonceptivos en el intervalo abierto (aparte del uso actual), que habría sido más apropiada que la pregunta sobre uso de alguna vez en el pasado.

En síntesis, se consideran expuestas al riesgo de embarazo las mujeres que han menstruado en las últimas seis semanas, que han tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y son presumiblemente fértiles.

El cuadro 2.6 muestra el porcentaje de mujeres entrevistadas expuestas al riesgo de embarazo por estado civil, según grupos de edad. En general, 28 por ciento de las mujeres se encuentran expuestas al riesgo con diferenciales que indican que menos del uno por ciento de las solteras y 5 por ciento de las viudas o separadas están expuestas,

Cuadro 2.6

PORCENTAJE DE MUJERES ENTREVISTADAS EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO, POR ESTADO CIVIL, SEGUN GRUPOS DE EDAD

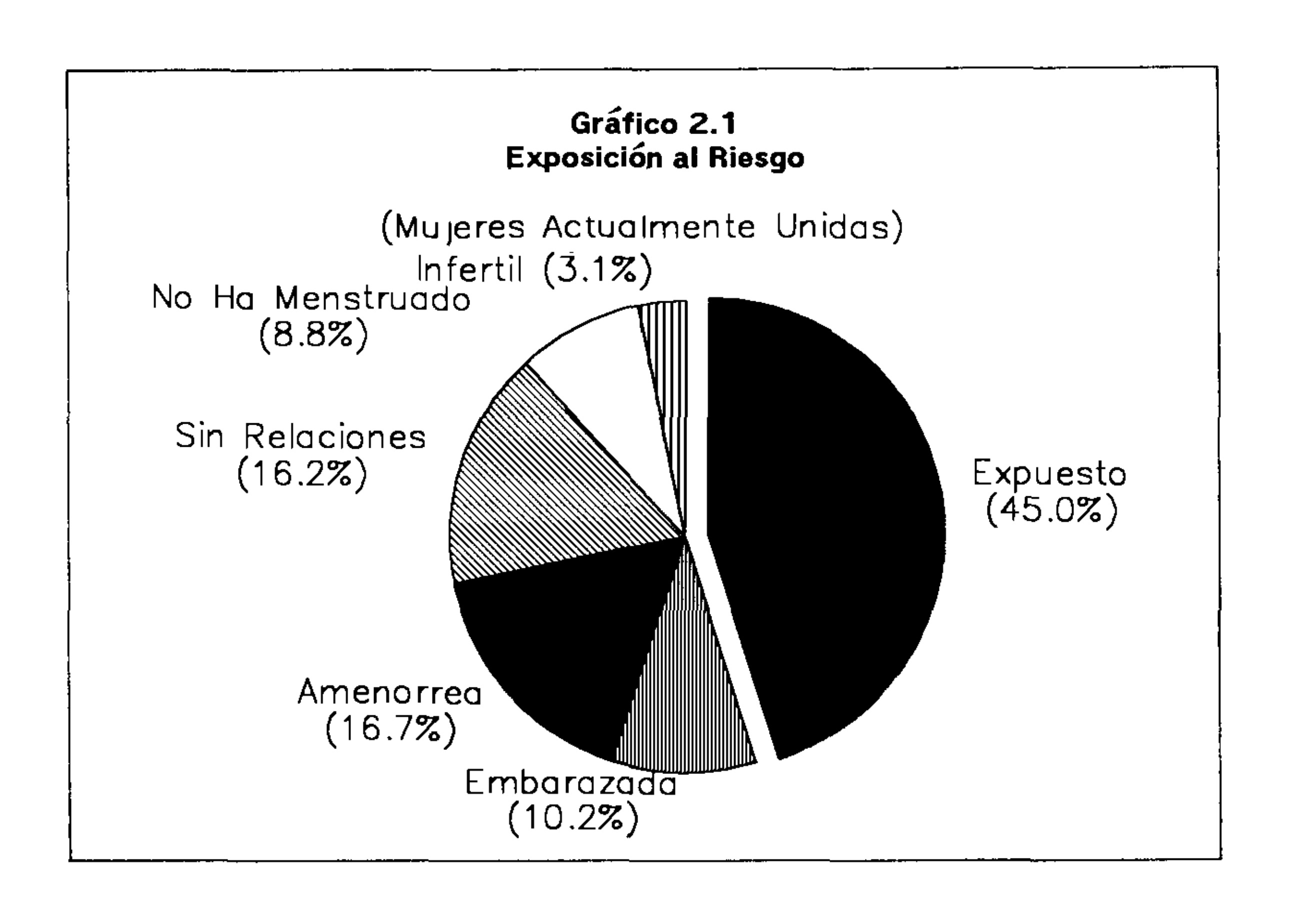
ESTADO CIVIL	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	(N)
Soltera	0.4	0.8	1.6	0.0	-	-	-	0.5
Casada-Unida	37.1	42.8	52.2	55.6	50.7	37.5	21.3	45.0
Viuda-Separada	6.2	5.4	8.9	6.8	5.4	1.5	0.0	4.9
Total	9.5	26.6	41.6	45.4	41.3	28.6	14.6	28.2
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Nota: Están expuestas las mujeres que (1) menstruaron en las últimas seis semanas, (2) tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas, y (3) son presumiblemente fértiles (no tienen un intervalo abierto de más de cinco años sin uso de anticonceptivos).

comparadas con 45 por ciento de las mujeres actualmente casadas o unidas. La edad es otro factor explicativo de la exposición al riesgo, presentando una relación creciente que se inicia con 37 por ciento en las edades de 15-19 años hasta 56 por ciento en las de 30-34 años, luego un descenso gradual hasta alcanzar 21 por ciento en el grupo de 45 a 49 años.

Las razones de no exposición para las mujeres actualmente unidas se presentan en general el gráfico 2.1 y por edad en el cuadro 2.7.

- La ausencia de menstruación por embarazo o por amenorrea post-parto constituye la razón principal (27 por ciento) de no exposición al riesgo de embarazo. Por edad, casi la mitad (49.6 por ciento) de las mujeres de 15-19 años están embarazadas o en puerperio, y por lo tanto protegidas temporalmente contra el riesgo de embarazo, si bien en un futuro cercano ingresarán a la población expuesta.



Cuadro 2.7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, POR ESTADO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ESTADO DE EXPOSICION AL RIESGO	GRUPOS DE EDAD 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Embarazada	26.6	18.2	10.4	5.3	5.4	2.4	1.3	10.2
En Amenorrea	23.0	24.6	22.1	15.9	11.6	7.8	0.8	16.7
No ha Menstruado	3.6	1.1	2.3	3.1	6.8	19.6	46.7	8.8
Sin Relaciones	9.8	13.1	11.9	16.7	21.5	24.8	20.4	16.2
Infértil	0.0	0.2	1.0	3.4	3.9	7.9	9.5	3.1
Expuesta	37.1	42.8	52.2	55.6	50.7	37.5	21.3	45.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

- La proporción de mujeres con ausencia de relaciones sexuales durante las últimas cuatro semanas aumenta conforme a la edad, de 9.8 por ciento para las mujeres de 15-19 años hasta un 24.8 por ciento en las de 40-44 años, con un leve descenso en las mujeres de 45-49 años. Esta tendencia está influída probablemente por la frecuencia del coito y la incidencia de las separaciones temporales de los cónyuges, determinado en parte por la situación de inestabilidad en El Salvador.

- La infertilidad y la ausencia de menstruación por razones ajenas al embarazo y al post-parto tienen mayor relevancia entre las mujeres de mayor edad. Por ejemplo, casi la mitad de las mujeres de 45-49 años parecen haber llegado a la menopausia (46.7 por ciento) y cerca de un 10 por ciento son presumiblemente infértiles. Las tendencias por edad muestran que los porcentajes de mujeres embarazadas y en amenorrea post-parto disminuyen rápidamente con la edad, mientras que los porcentajes en la categoría de las que no han menstruado, no tienen relaciones y son infértiles aumentan con la edad.

En resumen, no todas las mujeres en unión están efectivamente expuestas al riesgo de embarazo. Las razones de la no exposición varían según la edad y están estrechamente relacionadas con causas de orden fisiológico, parto y hasta ausencia de relaciones sexuales.

2.5 La Infertilidad Post-Parto

El período de **infertilidad post-parto**, o disminución apreciable del riesgo de embarazo después del nacimiento de un niño, puede ser prolongado a través de la práctica de la **lactancia** -que aumenta la duración de la **amenorrea** post-parto demorando el retorno de la ovulación- y la práctica de la **abstinencia postparto**, o demora en reiniciar las relaciones sexuales después del nacimiento.

En la encuesta FESAL-85 se preguntó a todas las mujeres que habían tenido un hijo entre Enero de 1980 y la fecha de la entrevista si continuaban

amamantando su último hijo, si habían reiniciado las relaciones sexuales y, en caso afirmativo, si habían vuelto a menstruar después del nacimiento del último hijo. Esta información, clasificada según el tiempo transcurrido desde el nacimiento del hijo (edad del hijo), permite estimar la **duración promedio de la lactancia, amenorrea y abstinencia** post-parto, indicadores de la infertilidad post-parto. Los resultados aparecen en los cuadros 2.8, 2.9 y 2.10.

La información tabulada se refiere a la situación actual de la madre o el niño y no a la duración exacta de la lactancia, amenorrea o abstinencia. La experiencia indica que las preguntas directas sobre duraciones - por ejemplo **¿cuánto tiempo amamantó al niño?** - tienden a producir respuestas muy imprecisas, con gran preferencia por múltiplos de 3, 6 ó 12 meses. Las tabulaciones según situación actual descansan en la fecha de nacimiento del niño, que es generalmente más confiable.

Duración Promedio de la Lactancia

El cuadro 2.8 muestra la proporción de niños en lactancia continuada, por edad del niño en meses y según grupos de edad de la madre al momento del nacimiento del niño.

Es posible estimar la duración promedio de la lactancia multiplicando por 36 la proporción de niños nacidos en los últimos 36 meses que continúa siendo amamantado al momento de la entrevista. Este estimador es similar al promedio en una tabla de vida, y prácticamente idéntico al promedio calculado a través del método de **prevalencia-incidencia** que usan comúnmente los epidemiólogos. En esa técnica se estima la duración promedio de una enfermedad dividiendo su **prevalencia** por su **incidencia**.

La "enfermedad" en este caso es la lactancia, la **prevalencia** es el número de niños que están siendo amamantados al momento de la encuesta y la **incidencia** es el número medio de nacimientos por mes. El cálculo simplificado descansa en el hecho de que prácticamente todos los niños que continúan en lactancia tienen menos de tres años de edad al momento de la encuesta.

Cuadro 2.8

PORCENTAJE DE NINOS EN LACTANCIA CONTINUADA, POR EDAD DEL NINO, SEGUN GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES

EDAD DEL NINO (Meses)	EDAD DE LA MADRE		Total
	Menos de 30 Años	30 o Más Años	
0- 2	91.9	93.0	92.4
3- 4	86.4	79.0	84.7
5- 6	75.4	83.5	77.4
7- 8	61.7	60.0	61.3
9-10	62.4	81.5	66.6
11-12	52.9	61.6	55.1
13-15	61.4	73.2	64.3
16-18	31.8	55.8	37.0
19-21	17.2	35.6	22.0
22-24	11.7	14.8	12.3
25-30	6.8	16.2	9.2
31-36	2.7	6.3	3.4
Total	39.0	47.1	40.8
Promedio (Meses)	14.02	16.95	14.70
Nacimientos	1417	428	1845

Nota: Se incluyen sólo nacimientos a mujeres actualmente en unión.

Los resultados indican una duración promedio de la lactancia en El Salvador de casi 15 meses, valor que resulta relativamente alto en el contexto de América Latina. La menor duración de la lactancia en el caso de las generaciones más jóvenes (madres menores de 30 años) se refleja en una diferencia de casi tres meses en el promedio, y constituye una indicación de una probable disminución de la duración de la lactancia en el tiempo.

Duración Promedio de la Amenorrea Post-Parto

El cuadro 2.9 muestra el porcentaje de mujeres en amenorrea post-parto por meses desde el parto, según grupos de edad de las madres, para todos los nacimientos ocurridos en los tres años anteriores a la encuesta.

Cuadro 2.9

PORCENTAJE DE MUJERES EN AMENORREA POST-PARTO
POR MESES DESDE EL PARTO
SEGUN GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES

MESES DESDE EL PARTO	EDAD DE LA MADRE		Total
	Menos de 30 Años	30 o Más Años	
0- 2	92.6	91.7	92.4
3- 4	66.3	81.2	69.6
5- 6	51.7	59.5	53.6
7- 8	43.6	56.9	46.3
9-10	30.2	47.7	34.0
11-12	39.0	47.3	41.1
13-15	25.4	35.2	27.8
16-18	11.6	22.5	13.9
19-21	5.6	7.7	6.2
22-24	3.3	10.1	4.7
25-30	2.5	8.1	4.0
31-36	2.3	5.2	2.9
Total	25.9	33.0	27.5
Promedio (Meses)	9.32	11.87	9.91
Nacimientos	1417	428	1845

Nota: Se incluyen sólo nacimientos a mujeres actualmente en unión.

La duración promedio de la amenorrea post-parto, estimada con el mismo método usado para duración de la lactancia, es de casi 10 meses. Una vez más existen diferencias de acuerdo a la edad de la mujer al tener el hijo: las mujeres de 30 o más años permanecen en amenorrea dos y medio meses más que las mujeres menores de 30. La diferencia es similar a la encontrada en la duración de la lactancia y probablemente se explica por la tendencia de las mujeres de mayor edad a amamantar sus hijos en forma más prolongada.

Duración Promedio de la Abstinencia Post-Parto

El cuadro 2.10 muestra el porcentaje de mujeres en abstinencia post-parto por meses transcurridos desde el nacimiento del hijo, según grandes grupos de edad de las madres. Los datos revelan que las relaciones sexuales son reanudadas poco tiempo después del parto: las mujeres que continúan en abstinencia disminuyen a apenas un tercio una vez transcurridos dos meses desde el nacimiento del hijo.

La duración promedio de la abstinencia, estimada igual que en el caso de la lactancia y amenorrea, resulta ser algo menor a cinco meses, con una diferencia relativamente pequeña según la edad de la madre al nacimiento

Cuadro 2.10

PORCENTAJE DE MUJERES EN ABSTINENCIA POST-PARTO
SEGUN GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES

MESES DESDE EL PARTO	EDAD DE LA MADRE		Total
	Menos de 30 Años	30 o Más Años	
0- 2	75.4	67.9	73.7
3- 4	30.2	39.6	32.3
5- 6	20.5	25.9	21.8
7- 8	9.1	10.1	9.3
9- 10	11.6	10.7	11.4
11-12	12.8	11.1	12.4
13-15	10.5	12.4	10.9
16-18	2.9	8.4	4.1
19-21	0.3	3.8	1.2
22-24	2.1	0.0	1.7
25-30	1.9	4.6	2.6
31-36	1.1	0.0	0.9
Total	12.9	14.1	13.2
Promedio (Meses)	4.63	5.09	4.74
Nacimientos	1417	428	1845

Nota: Se incluyen sólo nacimientos a mujeres actualmente en unión.

del hijo. Así, resulta claro que el determinante final de la infertilidad post-parto es la duración de la amenorrea, influída a su vez por la práctica de la lactancia, más que la práctica de la abstinencia prolongada.

Diferenciales de la Infertilidad Post-parto

La duración promedio de la lactancia, amenorrea y abstinencia post-parto, por área de residencia y nivel educativo, según grupos de edad de la madre al nacimiento del hijo, se presenta en el cuadro 2.11 y el gráfico 2.2.

Existe clara evidencia de una lactancia más prolongada en el área rural que en el area metropolitana de San Salvador, pero la diferencia ha

Cuadro 2.11

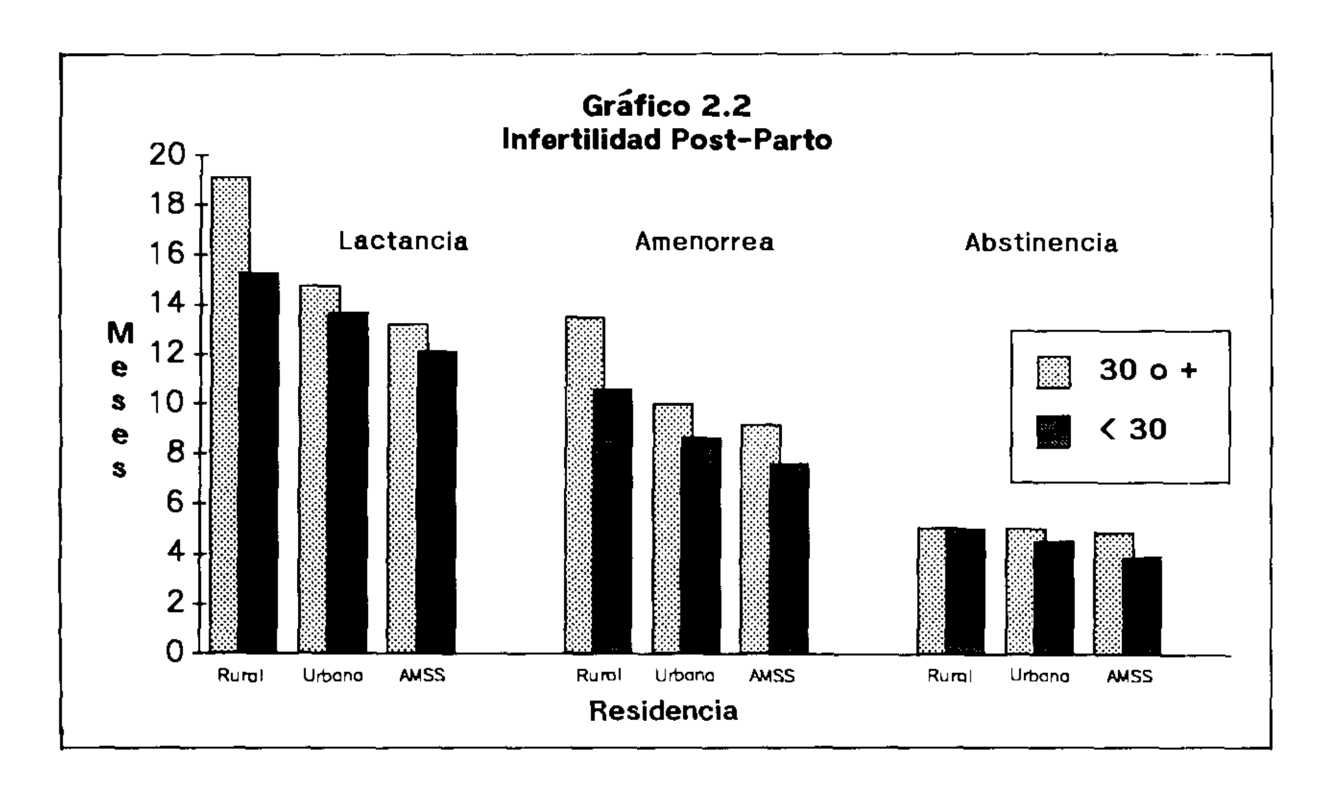
DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA, AMENORREA Y ABSTINENCIA, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GROUPOS DE EDAD DE LAS MADRES					
	30 AÑOS			30 O MAS AÑOS		
	LACTANCIA	AMENORREA	ABSTINENCIA	LACTANCIA	AMENORREA	ABSTINENCIA
Area de Residencia:						
Area Metropolitana	12.12	7.68	3.94	13.25	9.26	4.96
Resto Urbano	13.72	8.72	4.61	14.80	10.05	5.12
Area Rural	15.31	10.63	5.06	19.15	13.55	5.12
Nivel Educativo:						
Sin Educación	15.34	12.11	5.33	17.23	12.63	5.52
Básica 1-3	15.42	9.95	5.11	19.65	12.63	4.65
Básica 4-6	14.00	8.31	3.71	14.77	11.15	5.88
Básica 7-9	11.50	6.86	4.64	-	-	-
Media y Superior	11.25	7.56	4.18	14.18	10.54	5.40
Total	14.02	9.32	4.63	16.95	11.87	5.09

NOTA: Se incluyen sólo nacimientos en los últimos 3 años de mujeres actualmente unidas.

disminuído en el tiempo, de casi seis meses entre las madres de 30 o más años a alrededor de tres meses entre las madres más jóvenes, indicando un mayor cambio en el área rural. Este fenómeno se refleja también en la duración de la amenorrea, en que la diferencia se ha reducido de cuatro a tres meses. En el caso de la abstinencia post-parto se encuentra una situación homogénea, según residencia, entre las madres de más edad, pero una tendencia entre las madres jóvenes del área metropolitana a reanudar las relaciones sexuales un mes antes de lo que es usual entre las mujeres del área rural (4 meses versus 5 meses). La diferencia con las mujeres del resto urbano es de apenas medio mes.

Los resultados según categorías de educación de la madre muestran esencialmente la misma tendencia, con algunas variaciones que pueden deberse al menor tamaño muestral de estas categorías. Claramente las mujeres de menor educación tienden a amamantar sus hijos más tiempo que las más educadas, pero todos los estratos han ido disminuyendo la duración de la lactancia y las diferencias han decrecido. Por otra parte la duración de la amenorrea parece haber disminuído entre las mujeres con más educación, acrecentando las diferencias entre estratos.



Algo similar ha ocurrido con la abstinencia post-parto, en que la situación relativamente homogénea del pasado parece haber variado a consecuencia de una tendencia de las mujeres jóvenes de mayor educación a reanudar las relaciones sexuales antes de lo que era común.

La disminución de la práctica de la lactancia, con la consiguiente menor duración de la amenorrea post-parto, permitiría esperar un aumento de la fecundidad en el pasado reciente; a menos que la menor protección obtenida a través de la infertilidad post-parto sea compensada por la adopción de métodos anticonceptivos. Esta consideración es particularmente relevante en el caso de los estratos menos favorecidos, es decir en las áreas rurales y entre las mujeres de menor educación, que presentan la mayor disminución de la lactancia y son justamente las que usualmente encuentran más obstáculos a la adopción de la anticoncepción.

3. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD

3.1 Introducción

Del análisis del cuadro 1.1 en el Capítulo 1 se concluyó que el nivel de fecundidad de El Salvador ha mostrado valores altos a pesar de los esfuerzos públicos y privados por influir en su descenso, con los programas de educación en población y servicios de planificación familiar. Si bien la tasa bruta de natalidad (TBN) estimada para el período 1975-1980 era de 43.3 por mil, sin embargo, en los años 1980-1985 se ha producido un descenso significativo llegando a una TBN de 38.0 por mil. El propósito central de este capítulo es el estudio de este descenso con la construcción de indicadores más refinados del nivel actual y la evolución reciente de la fecundidad.

Todavía hasta 1979 estaba El Salvador en su etapa inicial de descenso de la fecundidad, donde las mujeres que ya tenían varios hijos eran las que planificaban la familia, presentando diferenciales de fecundidad por área de residencia. Respecto a estos diferenciales, con la encuesta FESAL-78 se llegó al consenso que entran en juego dos conjuntos de factores condicionantes. Los factores socio-económicos por una parte, que intervienen haciendo más funcional una familia numerosa en el campo (valor económico de los hijos, en una relación costo-beneficio; necesidad de mano de obra familiar abundante; compensar la alta mortalidad infantil; establecer una estrategia de sobrevivencia para el futuro; etc.).

El otro conjunto de factores está en estrecha relación con la menor accesibilidad a servicios de educación y salud, que conduce a una menor apertura motivacional respecto a las ventajas de una familia pequeña y causa mayores dificultades para acceder a conocimientos y medios que permiten asociar la sexualidad, la anticoncepción, la salud, y la reproducción humana dentro de la calidad de vida deseada.

En El Salvador, otro factor relevante es la **edad de inicio de la fecundidad**, es decir, la edad al contraer matrimonio o unirse consensualmente. Por regla general, cuanto más temprana es la unión conyugal, mayor es la probabilidad de contribuir al incremento del nivel de fecundidad. En 1971, el 20 por ciento de las mujeres entre 15 y 20 años de edad ya habían tenido al menos una unión conyugal y para las mujeres de 20 a 24 años este porcentaje ascendía a 56 por ciento. Para 1980, nueve años más tarde, estos porcentajes sólo habían descendido en 7 por ciento en ambos grupos quinquenales, siendo siempre diferencial por área de residencia.

En este capítulo por lo tanto, se presenta información sobre paridez de las mujeres entrevistadas y un marco de referencia actual que aunado a la historia de nacimientos recolectada en FESAL-85 permiten el cálculo de tasas de fecundidad para los cinco años anteriores a la encuesta y el análisis de las características de los intervalos entre los nacimientos estudiados.

3.2 La Fecundidad por Edad

Del análisis de las encuestas de 1973 y 1978 se observó que el nivel de la fecundidad expresado por la tasa global de fecundidad o TGF (el número de hijos que la mujer tendría al término de su vida reproductiva si en cada año de edad tuviese hijos de acuerdo a las tasas observadas), se había mantenido por encima de los 6 hijos por mujer hasta mediados de la década de los setenta (6.1 en 1973 y 6.3 en 1978), pero luego experimentó un fuerte descenso del orden de un 30 por ciento, alcanzando el número de 4.4 hijos por mujer en los años 1980-1985.

Las tasas específicas de fecundidad por edad del cuadro 3.1 muestran el patrón usual: una relativa alta tasa para el grupo 15 a 19 que aumenta hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años; pero luego experimentan un fuerte descenso entre las mujeres de mayor edad. Este tipo de patrón por edad es indicativo de un grado apreciable de control de la fecundidad que tiende naturalmente a aumentar con la edad.

El numerador de cada tasa se obtiene clasificando los nacimientos ocurridos en el período de referencia según la edad de la madre al nacimiento del niño. El denominador de cada tasa se obtiene acumulando los meses-persona vividos por cada mujer en cada uno de los grupos de edad durante el período de referencia. En estos cálculos se incluyen sólo acontecimientos y tiempos de exposición entre las edades de 15 y 49 años, cualquiera que sea el estado conyugal de la mujer. Las tasas específicas se expresan en términos de nacimientos por cada mil años-mujer de exposición.

En el cuadro 3.1 se aprecia que la fecundidad venía descendiendo gradualmente en el período que va de cinco a dos años antes de la encuesta FESAL-85. Es así como la TGF descendió de 4.8 en el período 1980-1981 a 3.9 en 1983-1984. Esta tendencia se invirtió en el último período (1984-1985), prácticamente recuperándose los niveles del período 1982-1983. Este fenómeno fue particularmente más pronunciado en las mujeres menores de 35 años.

Los resultados según área de residencia muestran grandes diferencias, como es de esperar en un proceso de transición. Las TGF indican que en el área metropolitana las mujeres tendrían al término de su vida reproductiva 3.3 hijos en promedio, las del resto urbano casi 4 y las del área rural casi 6. Lo anterior significa que el área rural, a pesar de haber tenido un descenso significativo, todavía en 1985 presenta un nivel de fecundidad similar al observado en 1973 a nivel nacional.

Según nivel educativo, las diferencias resultan ser mayores entre las mujeres con educación media o superior (2.5 hijos por mujer) y las mujeres sin educación (6.0), que las observadas entre área metropolitana y área rural. Las diferencias observadas en las mujeres más jóvenes pueden asociarse a los diferenciales en la edad al casarse. En este sentido, es consistente encontrar que las mujeres con educación media o superior tengan una fecundidad relativamente baja antes de los 25 años, porque la mayoría a esa edad no se han unido conyugalmente. En las edades mayores las diferencias están influídas básicamente por el uso de anticonceptivos.

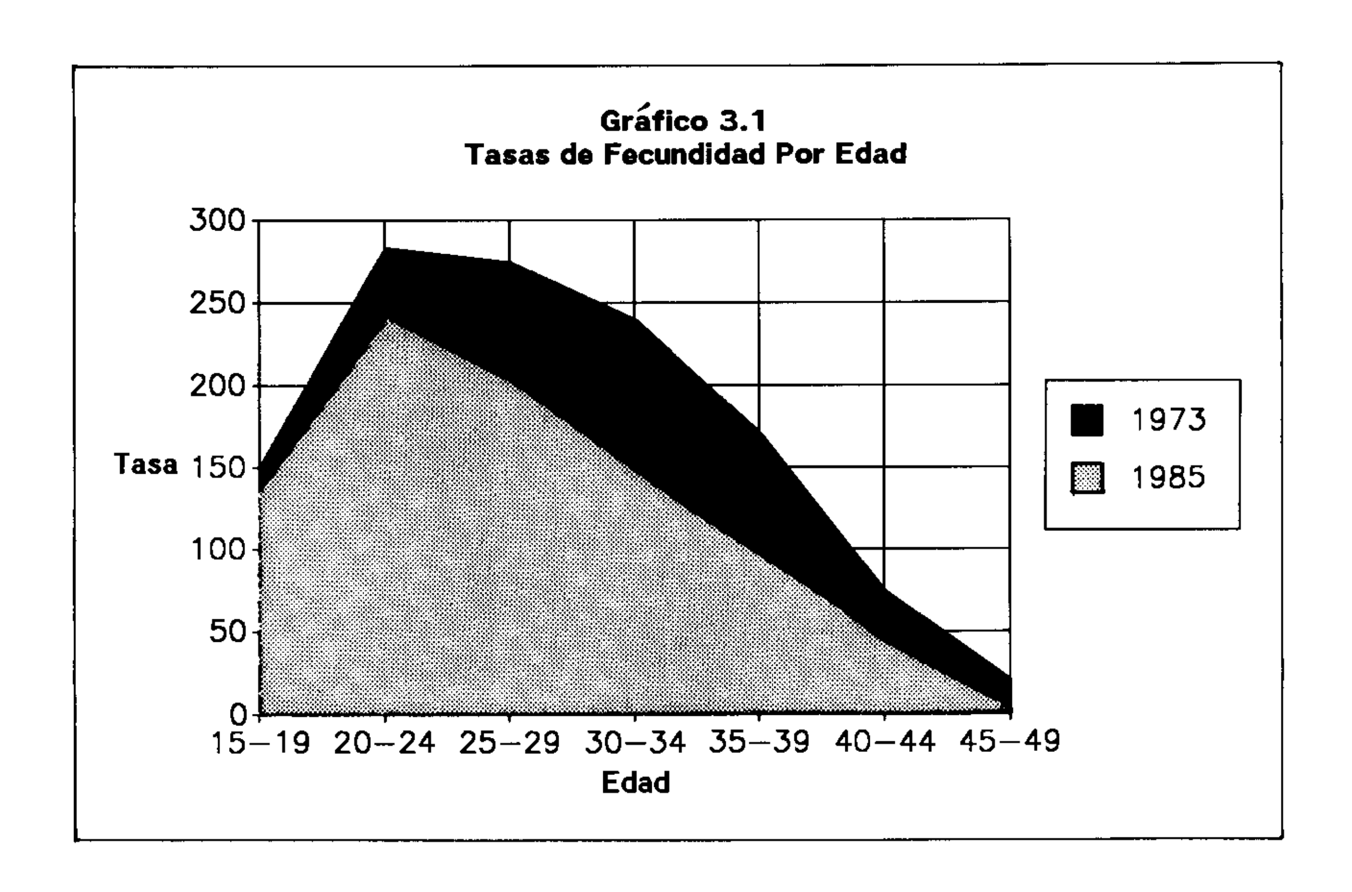
Cuadro 3.1

TASAS ESPECIFICAS, TASAS GENERALES Y TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, POR PERIODO CALENDARIO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES SEGUN GRUPOS DE EDAD

PERIODO CALENDARIO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GRUPOS DE EDAD							Tasa	Tasa
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	General	Global
Años Antes de la Encuesta y Período Calendario:									
Menos de 1 (1984-1985)	149	245	216	142	88	42	2	152	4.4
1 (1983-1984)	111	222	186	114	84	47	4	132	3.9
2 (1982-1983)	143	246	194	148	98	41	7	153	4.4
3 (1981-1982)	135	241	215	162	106	49	11	159	4.6
4 (1980-1981)	148	255	212	186	114	47	0	171	4.8
Area de Residencia:									
Area Metropolitana	117	198	176	98	45	20	0	125	3.3
Resto Urbano	119	214	175	123	88	32	6	127	3.8
Area Rural	174	306	256	222	145	73	5	199	5.9
Nivel Educativo:									
Sin Educación	248	298	261	201	136	49	0	184	6.0
Básica 1-3	201	266	220	168	112	64	7	176	5.2
Básica 4-6	152	262	163	107	59	27	14	146	3.9
Básica 7-9	106	233	189	134	41	0	0	144	3.5
Media y Superior	40	136	183	85	24	22	0	89	2.5
Total	137	242	204	149	97	45	4	153	4.4

Nota: Los años calendarios utilizados para las tasas de fecundidad son aproximados. Como la mayor parte de las entrevistas se realizaron en Mayo y Junio de 1985, las tasas para el año anterior a la encuesta estarían centradas alrededor de Noviembre o Diciembre de 1984 y no cubren estrictamente el periodo Julio de 1984-Junio de 1985. En cuanto a las tasas por área de residencia y nivel educativo, las estimaciones son promedio para los cinco años anteriores a la encuesta, es decir, el período 1980-1985.

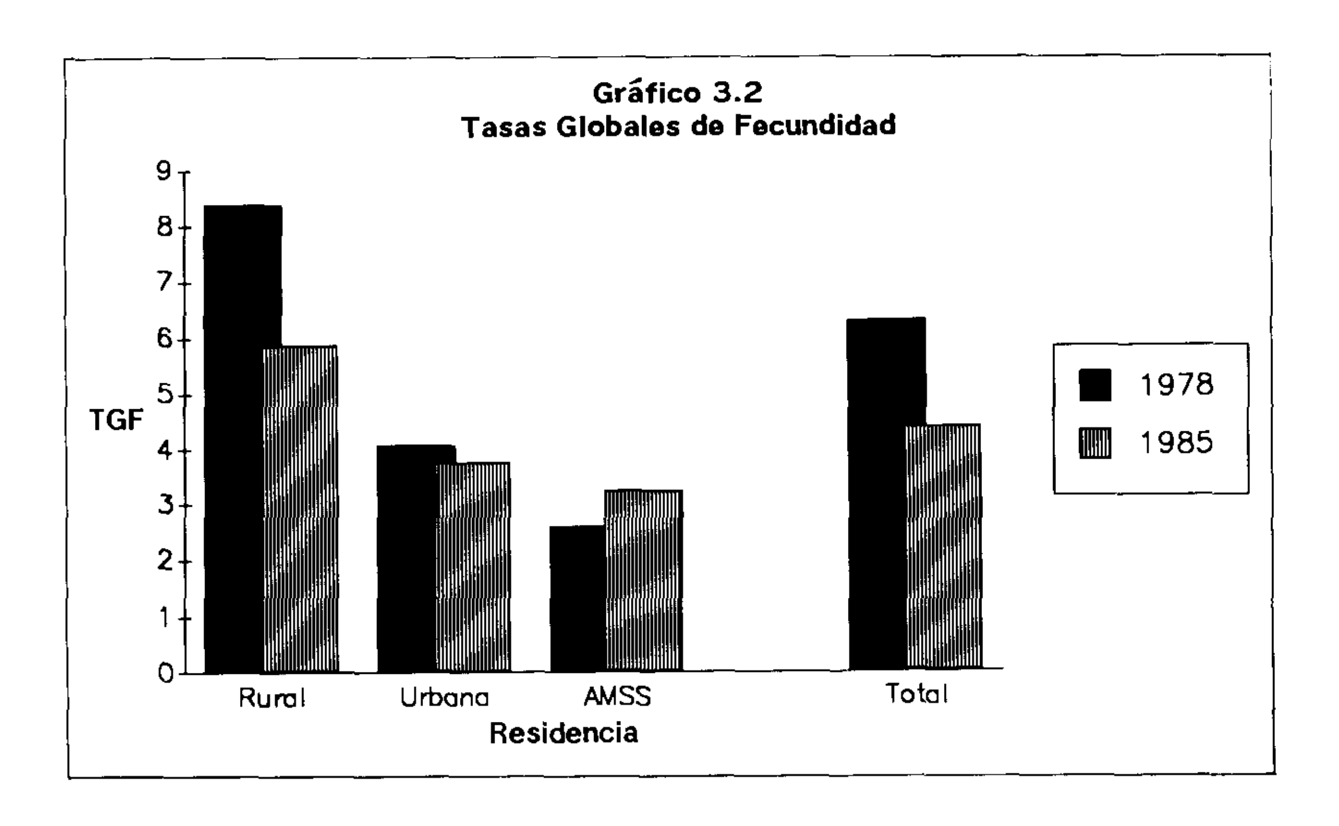
Como se puede apreciar en el gráfico 3.1, el descenso de la fecundidad es evidente en todos los grupos de edad, pero resulta mucho más marcado a partir del grupo 25-29. Estas diferencias son consistentes con la noción de que la nupcialidad ha permanecido estable en el tiempo, pero ha aumentado el grado de control de la fecundidad marital.



Las tasas globales de fecundidad por área de residencia se presentan en el gráfico 3.2. La fecundidad en el área metropolitana de San Salvador ha aumentado de 2.6 a 3.3 entre 1978 y 1985 pero en el área rural ha disminuido en forma pronunciada de 8.4 a 5.9 hijos por mujer. A pesar de este notable descenso de aproximadamente el 30 por ciento en el nivel de la fecundidad del área rural, todavía durante 1985 persisten importantes diferenciales por área de residencia y nivel educativo.

3.3 La Fecundidad Marital Según Duración de la Unión

En el cuadro 3.1 se consideraron los acontecimientos de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, independientemente de su estado conyugal; en cambio en el cuadro 3.2, se excluyen las mujeres solteras y las tasas se calculan según la duración de la union en vez de por grupos de edad.



Es conveniente advertir que estas tasas incluyen la experiencia de mujeres viudas, divorciadas y separadas, y en consecuencia no son tasas de fecundidad marital en un sentido estricto de la palabra. La experiencia indica, sin embargo, que el efecto neto de la disolución de las uniones es modesto, porque donde hay altas tasas de disolución tienden a haber también altas tasas de segundas uniones.

Las tasas específicas por duración de la unión muestran el patrón característico, con un alto valor en los primeros cinco años desde la primera unión y un rápido descenso posterior, que constituye evidencia adicional del alto grado de control de la fecundidad marital.

La TGF de 4.7 representa en este caso el número promedio de hijos que tendría una mujer 30 años después de su primera unión, si cada año tuviese hijos de acuerdo a las tasas observadas. El promedio 4.7 para la mujer alguna vez unida es consistente con la TGF de todas las mujeres, si se acepta que más del 95 por ciento de las mujeres se ha unido conyugalmente.

Cuadro 3.2

TASAS ESPECIFICAS, TASAS GENERALES Y TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD MARITAL, POR PERIODO CALENDARIO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES SEGUN GRUPOS DE EDAD

PERIODO CALENDARIO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	AÑOS DESDE LA PRIMERA UNION						Tasa General	Tasa Global
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29		
Años Antes de la Encuesta y Período Calendario:								
Menos de 1 (1984-1985)	370	250	139	116	67	17	201	4.8
1 (1983-1984)	316	190	149	85	55	29	174	4.1
2 (1982-1983)	350	202	151	94	98	33	197	4.6
3 (1981-1982)	319	248	166	128	59	46	205	4.8
4 (1980-1981)	350	217	180	155	72	32	217	5.0
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	328	170	90	52	43	10	169	3.5
Resto Urbano	307	195	131	95	52	30	170	4.1
Area Rural	381	288	231	179	99	40	244	6.1
Nivel Educativo:								
Sin Educación	366	269	215	163	87	41	203	5.7
Básica 1-3	351	253	182	127	84	21	205	5.1
Básica 4-6	346	206	106	65	41	22	186	3.9
Básica 7-9	327	207	133	55	12	-	240	3.7
Media y Superior	305	117	62	43	8	-	167	2.7
Total	341	222	156	115	70	30	198	4.7

Nota: Ver nota al cuadro 3.1.

Las tasas según período confirman el descenso de la fecundidad marital en el período de cinco a dos años antes de la encuesta, seguido por una recuperación notable en el año inmediato anterior. Estos resultados indican de nuevo que la nupcialidad se ha mantenido relativamente constante y que la recuperación del nivel de fecundidad se debe a los cambios de la fecundidad marital en los primeros 10 años de unión conyugal.

Las cifras según área de residencia reflejan diferenciales de importancia, aunque de magnitud ligeramente inferior a los notados en el análisis de la fecundidad por edad de la sección 3.2. Esto indica que las diferencias notadas entre el área metropolitana y el área rural se deben en su mayor parte a la diferencia en la conducta reproductiva de las mujeres y, en mucha menor medida, a diferencias en la edad a la primera unión.

Algo similar se advierte en las tasas según nivel educativo. Lo importante que se observa en esta relación es que las diferencias relativas entre los estratos educacionales son apreciables desde los primeros cinco años desde la unión, lo que indica una práctica más temprana y pronunciada del control de la fecundidad entre las mujeres de mayor educacion.

3.4 La Fecundidad Acumulada

El número de hijos tenidos por las mujeres entre 15 y 49 años representa la fecundidad acumulada en los últimos 20 a 30 años. Del cuadro 3.3, referido a todas las mujeres, el primer aspecto de interés es que la proporción de mujeres sin hijos disminuye rápidamente según la edad hasta alcanzar sólo un cuatro por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años; este porcentaje baja al 0.8 por ciento entre las casadas o unidas, para el mismo grupo de edad (Cuadro 3.4). Esta última cifra estaría indicando un nivel relativamente bajo de infertilidad primaria, que usualmente varía entre 3 y 5 por ciento.

Otro aspecto de interés es la distribución del número de hijos tenidos por las mujeres de mayor edad y en particular de 40 a 49 años que, por acercarse al límite biológico de su capacidad de reproducción, representan los niveles de fecundidad completa que prevalecían en el pasado. Los promedios de 6.5 hijos para el grupo 45-49 en el cuadro referido a todas las mujeres (Cuadro 6.3), y de 7.0 para las actualmente casadas o unidas (Cuadro 6.4) indican un alto nivel de la fecundidad que debe ser característico de unos veinte años antes de la encuesta. Llama particularmente la atención la alta proporción de estas mujeres que

Cuadro 3.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, POR NUMERO DE HIJOS TENIDOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD

HIJOS TENIDOS	GRUPOS DE EDAD 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
0	78.0	33.9	10.9	5.9	4.6	4.6	4.0	29.0
1	15.2	24.9	12.6	8.0	3.8	3.6	3.4	12.6
2	5.7	23.4	23.2	17.9	12.4	8.1	5.7	14.6
3	1.0	11.8	22.7	20.8	14.9	12.6	6.4	12.2
4	0.1	3.8	15.4	19.0	13.7	10.0	11.9	9.0
5	0.0	1.6	7.9	9.1	14.0	11.0	10.2	6.0
6	0.0	0.3	4.9	8.8	9.3	10.3	10.8	4.7
7	0.0	0.1	1.9	4.3	9.9	11.3	8.4	3.6
8	0.0	0.0	0.4	3.3	6.7	7.2	10.8	2.7
9	0.0	0.0	0.0	1.6	4.6	7.1	9.4	2.1
10	0.0	0.0	0.0	0.9	3.9	6.8	5.6	1.6
11	0.0	0.0	0.0	0.2	1.1	3.3	5.5	0.9
12 y Más	0.0	0.0	0.0	0.1	1.3	4.3	8.1	1.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio	0.30	1.33	2.75	3.64	4.85	5.77	6.50	2.78
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Cuadro 3.4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, POR NUMERO DE HIJOS TENIDOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD

HIJOS TENIDOS	GRUPOS DE EDAD 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
0	32.6	9.7	3.3	1.5	1.3	2.3	0.8	6.4
1	42.9	30.7	11.3	6.1	2.8	2.8	2.6	14.3
2	20.5	33.0	25.4	17.6	11.4	6.8	5.1	19.3
3	3.5	17.6	24.2	22.7	14.9	12.8	6.4	16.6
4	0.4	5.7	17.5	20.5	14.6	10.1	10.3	12.3
5	0.0	2.7	9.8	10.6	15.3	11.2	9.8	8.5
6	0.0	0.6	6.0	9.1	10.3	10.4	12.1	6.5
7	0.0	0.2	2.3	4.9	9.6	12.0	7.7	4.6
8	0.0	0.0	0.4	3.9	7.6	8.8	11.8	3.8
9	0.0	0.0	0.0	1.5	5.5	8.7	10.2	2.9
10	0.0	0.0	0.0	1.2	3.8	7.1	6.3	2.0
11	0.0	0.0	0.0	0.2	1.4	3.3	6.7	1.2
12 y Más	0.0	0.0	0.0	0.1	1.7	3.8	10.2	1.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio	0.96	1.90	3.08	3.94	5.18	6.05	7.06	3.77
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

alcanzaban a tener seis o más hijos en el pasado: 58.6 por ciento en relación a todas las mujeres y 65 por ciento para las actualmente unidas.

Los resultados en ambos cuadros permiten contrastar los promedios de hijos tenidos por el total de mujeres con los promedios de las mujeres actualmente unidas, a fin de apreciar los efectos de la nupcialidad. En las edades jóvenes las diferencias son relativamente grandes y reflejan el hecho de que la mayoría de las mujeres son aún solteras y no expuestas al riesgo de embarazo. A partir del grupo 25-29 los promedios son más parecidos, reflejando el hecho de que ya se ha casado o unido una gran mayoría de las mujeres. Las diferencias que persisten en los últimos tramos reflejan un modesto efecto de la disolución de las uniones, que es razonable si se acepta que sólo una minoría de las mujeres viudas o separadas está expuesta.

Si bien se considera que la nupcialidad se ha mantenido constante, existe la posibilidad que la edad al casarse sea un factor sobre la fecundidad. La información básica se presenta en el cuadro 3.5. Entre las mujeres que se han unido por primera vez en los últimos cinco años el promedio de hijos tenidos tiende a aumentar con la edad al casarse. En cambio en las uniones con mayor tiempo, por ejemplo, entre las mujeres que se unieron hace quince o veinte años, el promedio de hijos tenidos tiende a disminuir con la edad de la primera unión.

La causa aparente es que las mujeres que se casan más tarde tienden a "ponerse al día," pero existen otras posibles explicaciones, entre ellas:

- Que es más probable que estas mujeres hayan tenido hijos antes de la fecha declarada para la primera unión.
- Que no estén sujetas a la sub-fertilidad común entre las adolescentes.
- Que amamanten a sus hijos menos tiempo, lo que disminuye los intervalos entre los primeros nacimientos, antes de que adopten el uso de anticonceptivos; principalmente entre las mujeres urbanas y con mayor educación.

Cuadro 3.5

PROMEDIO DE HIJOS DE LAS MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, POR AÑOS DESDE LA PRIMERA UNION SEGUN EDAD DE LA PRIMERA UNION

AÑOS DESDE LA PRIMERA UNION	EDAD A LA PRIMERA UNION Menos de 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 o más	Total
0- 4	1.07	1.11	1.21	1.13	1.38	2.02	1.23
5- 9	2.54	2.65	2.59	2.53	2.50	3.01	2.63
10-14	3.75	3.81	3.78	3.55	3.54	3.67	3.72
15-19	5.16	4.98	4.90	4.70	3.69	4.67	4.78
20-24	6.71	6.49	5.44	5.98	4.83	-	5.93
25 o más	6.75	8.18	6.92	6.00	-	-	7.32
Total	4.24	3.97	3.64	3.32	3.07	3.31	3.69
(N)	377	1444	888	529	400	274	3912

Por otra parte, la menor fecundidad acumulada en las mujeres que se unieron hace más de quince años y con mayor edad es consistente con el hecho de que éstas tienen mayor edad y en consecuencia menor fecundidad natural. En todo caso es notable que aún las mujeres que se casan después de los veinte años alcanzan a tener 6 hijos al término de su vida reproductiva.

Para completar el análisis de la fecundidad acumulada es necesario conocer la relación que se establece en el cuadro 3.6. Las cifras según área de residencia muestran diferencias relativamente modestas en las edades más jóvenes, que aumentan en forma notable hacia las edades más avanzadas. De este patrón se infiere nuevamente que el diferencial urbano-rural no se debe a los patrones de nupcialidad sino al control de la fecundidad marital. Esta diferencia entre el área metropolitana y el área rural en términos de la fecundidad completa en el pasado (promedio de hijos tenidos por las mujeres de 45-49 años) se traduce en 2.1 hijos más en el área rural.

Cuadro 3.6

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES ENTREVISTADAS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	0.25	1.11	2.23	2.92	3.64	4.53	5.51	2.12
Resto Urbano	0.27	1.11	2.45	3.38	4.55	4.97	5.91	2.55
Area Rural	0.38	1.76	3.46	4.63	6.17	7.34	7.64	3.59
Nivel Educativo:								
Sin Educación	0.62	2.08	3.54	4.64	5.89	6.79	7.99	4.73
Básica 1-3	0.44	1.82	3.17	4.28	5.60	6.45	6.63	3.55
Básica 4-6	0.35	1.44	2.68	3.36	4.02	4.38	5.36	2.35
Básica 7-9	0.18	1.14	2.11	2.28	3.09	3.19	3.49	1.08
Media y Superior	0.08	0.47	1.50	2.33	2.43	2.96	2.90	1.12
Total	0.30	1.33	2.75	3.64	4.85	5.77	6.50	2.78
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Los resultados según el nivel educativo difieren de aquellos por área de residencia en el sentido de que los diferenciales entre las mujeres sin educación y las mujeres con educación media y superior son mayores y evidentes en todos los grupos de edad. Este diferencial está directamente relacionado con el hecho de que las mujeres con educación media y superior, en términos generales, retardan la primera unión y controlan en mayor grado su fecundidad.

3.5 El Descenso de la Fecundidad

En la sección 3.2 se presentó evidencia de un descenso reciente de la fecundidad, basada en la comparación de los resultados de la encuesta de 1985 con las encuestas de 1973 y especialmente las de 1978. En esta sección se complementa ese análisis, resumiendo la evidencia interna que proporciona FESAL-85 sobre el descenso de la fecundidad.

La paridez de las mujeres de 45-49 años entrevistadas en FESAL-85 representa los niveles de fecundidad en el pasado. Es posible apreciar la magnitud del descenso en los distintos grupos poblacionales comparando esa información con las tasas globales de fecundidad encontradas en la misma encuesta. La comparación se presenta en el cuadro 3.7.

En primer lugar existe clara evidencia de un apreciable descenso de la fecundidad en los últimos quince o veinte años, de un nivel de 6.5 hijos a tasas globales de 4.4, o un descenso del 32 por ciento. Esta disminución, sin embargo, no ha sido uniforme en los distintos estratos por área de residencia y nivel educativo.

Cuadro 3.7

PROMEDIO DE HIJOS DE LAS MUJERES DE 45-49 ANOS Y TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PARA LOS ULTIMOS CINCO AÑOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	Tasa Global de Fecundidad (15-49)[1]	Tasa Global de Fecundidad Marital (0-29)[2]	Promedio Hijos Tenidos (45-49)[3]
Area de Residencia:			
Area Metropolitana	3.27	3.46	5.51
Resto Urbano	3.78	4.05	5.91
Area Rural	5.90	6.09	7.64
Nivel Educativo:			
Sin Educación	5.96	5.71	7.99
Básica 1-3	5.19	5.09	6.63
Básica 4-6	3.92	3.93	5.36
Básica 7-9	3.51	3.67	3.49
Media y Superior	2.45	2.67	2.90
Total	4.40	4.67	6.50

[1] Mujeres 15-49.
[2] Mujeres con duración de la primera unión inferior a 30 años.
[3] Promedio de hijos tenidos por las mujeres del grupo 45-49.

En efecto, la fecundidad en el área metropolitana de San Salvador ha descendido de su nivel histórico de 5.5 hijos a 3.3, un descenso del 41 por ciento. En cambio en el área rural la fecundidad ha descendido de 7.6 hijos a poco más de 6, o sea un 23 por ciento. La fecundidad actual en el área rural es aún mayor a la que prevalecía en el área metropolitana de San Salvador hace quince o veinte años. Si se comparan estos resultados con las tasas globales encontradas con FESAL-78 y que se analizan en la sección 3.2, se concluye que el cambio observado en el área metropolitana ocurrió en gran medida antes de 1978, mientras que el cambio en el área rural es mucho más reciente y tuvo lugar después de 1978.

Las cifras según educación muestran un panorama distinto. En este caso las mujeres de mayor educación no muestran grandes cambios; pero estos estratos ya habían logrado una fecundidad completa de alrededor de tres hijos hace quince o veinte años. En cambio las mujeres sin educación o sólo con educación primaria muestran descensos notables; en el caso de las primeras, por ejemplo, la fecundidad ha descendido de un nivel de ocho hijos a seis. Son justamente estos grupos, que constituyen una mayoría de la población, los que explican el descenso de la fecundidad a nivel nacional en el pasado reciente.

Estos resultados son consistentes con la noción de que el proceso de transición hacia menores niveles de fecundidad se inició hace largo tiempo entre las mujeres de mayor educación y ha ido alcanzando en los últimos años los estratos menos educados. Por otra parte el proceso comenzó antes y ha sido más marcado en el área metropolitana y el resto urbano, aunque en los últimos años ha comenzado a afectar en forma significativa las áreas rurales. En todo caso los niveles que prevalecen actualmente en los sectores menos privilegiados son aún altos, indicando que existe al menos el potencial de futuros descensos de importancia en la fecundidad, al disminuir los diferenciales que aún persisten.

4. ANTICONCEPCION

4.1 Introducción

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es uno de los más importantes determinantes próximos de la fecundidad. En el caso de El Salvador su estudio adquiere particular significación si se considera la evidencia acumulada de un descenso notable de la fecundidad, junto a una relativa estabilidad de la nupcialidad y una tendencia a la disminución de la práctica de la lactancia prolongada.

En este capítulo se discute el proceso de adopción de métodos de regulación de la fecundidad, procediendo en una secuencia lógica que incluye los niveles de conocimiento de anticonceptivos y de fuentes dónde obtenerlos, el uso de métodos alguna vez en el pasado y el uso actual de anticonceptivos.

Se considerarán también algunos aspectos actitudinales relacionados con el proceso de adopción, tales como las razones personales para no usar métodos, las intenciones de uso en el futuro de las mujeres que actualmente no están usando anticonceptivos y las actitudes hacia la planificación familiar en general.

4.2 El Conocimiento de Métodos

En FESAL-85, como en otras encuestas de fecundidad y planificación familiar, las preguntas sobre conocimiento de métodos anticonceptivos se refieren a haber oído hablar de ellos, más que a un conocimiento efectivo de cómo usarlos. En primer lugar se pidió a las entrevistadas que nombraran los métodos de los que habían escuchado o conocieran. Para cada método no mencionado, se leyó una breve descripción y se preguntó si habían oído hablar de el. Este tipo de sondeo es necesario para evitar subestimar el nivel de conocimiento y uso de métodos.

El cuadro 4.1 muestra el porcentaje de mujeres que declaró haber oído hablar de cada método anticonceptivo, desagregado para cada grupo quinquenal de edad. Los resultados indican que el conocimiento de métodos anticonceptivos es prácticamente universal en El Salvador, ya que un 89 por ciento de las entrevistadas ha escuchado de al menos un método. De hecho, todas las mujeres que conocen anticonceptivos han oído hablar de al menos un método moderno (esterilización masculina y femenina, dispositivo intra-uterino o DIU, píldora, inyección, condón, tabletas vaginales y diafragma, jalea o espuma.)

Cuadro 4.1

PORCENTAJE DE MUJERES ENTREVISTADAS QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS POR METODO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

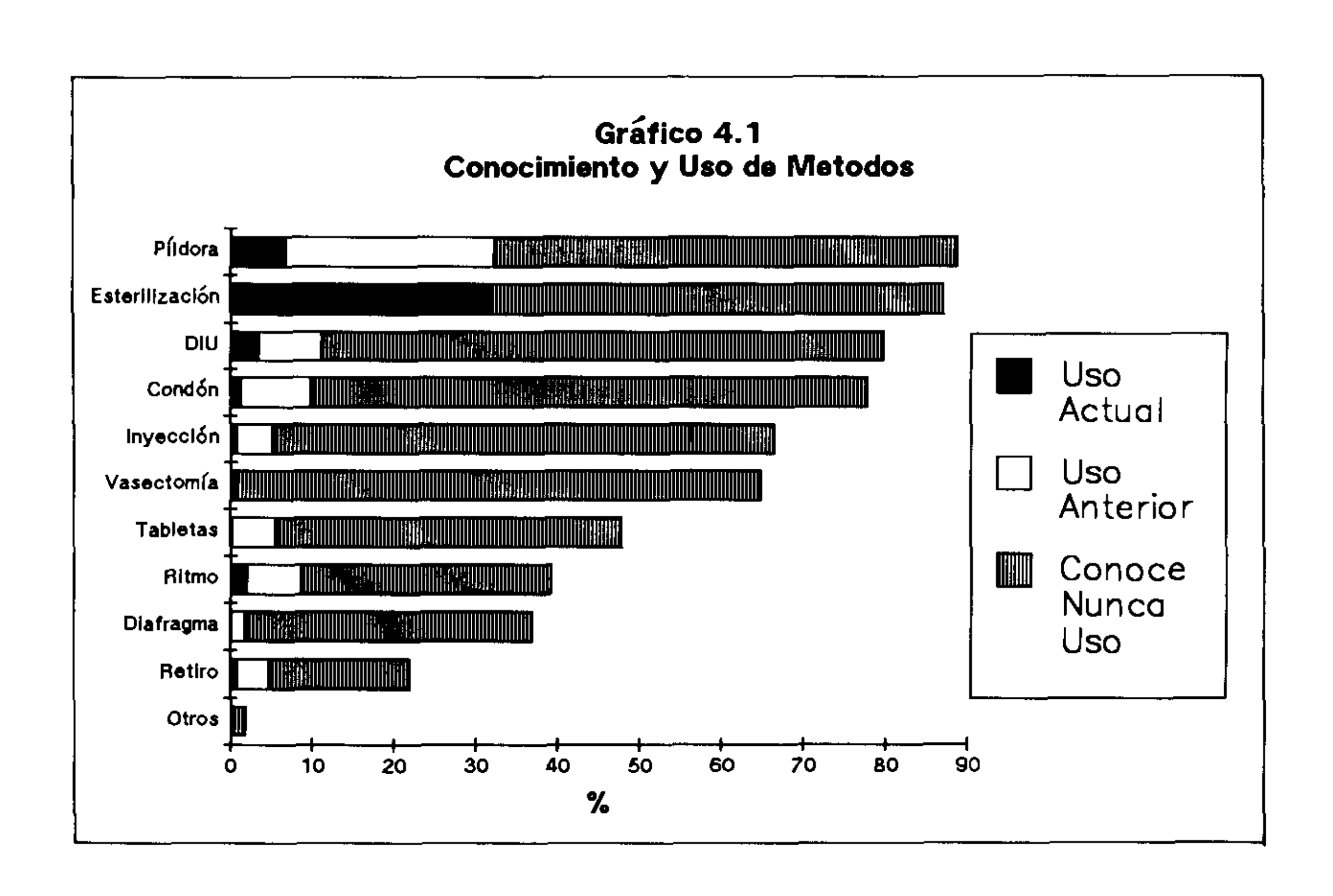
METODO ANTICONCEPTIVO	GRUPOS DE EDAD 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Píldora	70.5	87.0	91.0	90.1	88.7	88.7	87.0	84.5
Esterilización Femenina	65.9	81.8	90.6	90.1	89.3	90.1	87.0	82.5
Condón	59.8	76.5	82.0	80.1	77.6	74.7	74.4	73.7
Depositivo (DIU)	52.9	75.6	83.4	82.5	80.9	80.3	78.3	73.5
Inyección	44.1	62.8	71.8	66.6	69.4	63.9	62.8	61.1
Esterilización Masculina	39.8	57.1	69.5	68.8	65.8	67.3	67.6	59.2
Tabletas Vaginales	24.1	43.2	52.8	52.0	49.9	49.2	47.8	43.0
Ritmo	21.1	36.6	44.6	42.6	41.8	35.3	33.7	35.2
Diafragma y Vaginales[1]	16.5	30.4	42.0	42.9	38.1	36.3	34.7	32.3
Retiro	9.1	17.5	24.4	22.6	20.7	20.1	18.7	17.9
Otros	0.7	1.3	2.6	2.2	2.2	2.4	2.1	1.7
Algún Método Moderno	76.2	90.7	95.3	93.5	93.4	93.7	91.7	89.0
Cualquier Método	76.2	90.7	95.3	93.5	93.4	93.7	91.7	89.0
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

[1]Incluye Oiafragma, Cremas, Jaleas y Espumas.

Las cifras desglosadas según grupos de edad muestran que el conocimiento de anticonceptivos se incrementa hasta alcanzar un nivel máximo en las mujeres con edades entre 25 y 29 años, lo cual se debe probablemente a que con el paso de los años las mujeres han tenido mayor oportunidad e interés de oír hablar de métodos anticonceptivos. A partir de este

grupo se experimenta un leve descenso entre las mujeres de edades mayores. Entre los métodos anticonceptivos que conocen las mujeres, los más mencionados fueron la píldora y la esterilización femenina. Otros métodos conocidos por la mayoría de entrevistadas son el condón y el DIU, seguidos por la inyección y la esterilización masculina. Como se observa, el conocimiento, además de alto y diversificado se caracteriza porque los contraceptivos más populares son los modernos de mayor eficacia.

La popularidad de los distintos métodos se puede apreciar también en el gráfico 4.1, que muestra el porcentaje de entrevistadas que conoce cada método entre las mujeres actualmente casadas y unidas y además, las proporciones que han usado alguna vez y que usan actualmente cada método, que se comentan más adelante.



En el cuadro 4.2 se muestra el porcentaje de mujeres actualmente unidas que conocen algún método moderno, por área de residencia y nivel educativo, según número de hijos vivos. Los datos muestran que prácticamente todas las mujeres en unión conocen algún método moderno. En términos del número de hijos sobrevivientes se nota un rápido aumento del conocimiento con la llegada del primer hijo y luego una tendencia suave de aumento y posterior disminución, similar a la encontrada en términos de la edad.

Cuadro 4.2

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE CONOCEN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	NUMERO DE HIJOS VIVOS						Total
	0	1	2	3	4	5 o Más	
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	94.5	98.7	98.1	100.0	97.8	93.0	97.8
Resto Urbano	82.9	95.5	96.3	97.4	96.4	96.2	95.4
Area Rural	72.3	83.6	85.2	91.2	92.7	90.9	87.9
Nivel Educativo:							
Sin Educación	63.5	75.9	81.2	90.2	88.0	89.4	85.6
Básica 1-3	73.3	87.1	94.6	95.2	97.0	95.0	92.8
Básica 4-6	85.1	96.4	96.5	98.9	98.8	95.7	96.5
Básica 7-9	93.6	97.7	97.4	100.0	-	-	97.3
Media y Superior	100.0	100.0	99.1	100.0	100.0	-	99.7
Total	81.1	93.3	93.7	96.2	95.2	92.6	93.1
(N)	226	505	700	596	411	725	3164

Existen, sin embargo, algunas diferencias entre los diversos sub-grupos poblacionales considerados en este cuadro. La proporción que conoce un anticonceptivo moderno es mayor en el resto urbano y en el área metropolitana de San Salvador, sobre todo en las mujeres con menos hijos, en relación con las mujeres del área rural. En forma similar, la proporción que conoce aumenta con el nivel educativo en cada sub-grupo, según el número de hijos vivos.

En resumen, entonces, puede concluírse que el conocimiento de métodos modernos eficientes es una etapa prácticamente superada en el proceso de adopción de la anticoncepción en El Salvador, aunque deben continuarse los esfuerzos de información entre las mujeres más jóvenes, las del área rural y las de menor educación.

4.3 El Conocimiento de Fuentes

El siguiente paso en el proceso de adopción es el conocimiento de fuentes donde obtener información y suministros de métodos anticonceptivos. En la encuesta se preguntó a cada mujer que conocía alguno de los métodos clínicos (esterilización femenina y masculina y DIU) o métodos que requieren suministros (píldora, condón, inyección, tabletas vaginales y otros métodos femeninos como el diafragma, jalea, espuma y cremas) por la fuente **más cercana** de obtención de cada método. Los resultados aparecen en el cuadro 4.3.

Antes de comentar estos resultados es conveniente advertir que la mención de una fuente no implica necesariamente que el método en cuestión esté disponible en ella. De hecho, para métodos como las tabletas vaginales y el diafragma, algunas mujeres mencionan como las fuentes más cercanas ciertas instituciones que normalmente no ofrecen esos métodos.

Hecha esta salvedad, debe notarse que una gran mayoría de las mujeres que conoce los métodos modernos sabe dónde obtenerlos: el porcentaje que menciona alguna fuente varía entre 76 por ciento, en el caso de la esterilización masculina, y 90 por ciento en el caso de la píldora, que es el método más conocido.

En cuanto al tipo de fuente que las mujeres declaran como más cercana predominan claramente los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), aunque existen diferencias según el método de que se trate. En efecto, el MSPAS predomina en el caso de los métodos clínicos, como son la esterilización femenina y masculina y el

DIU; pero recibe fuerte competencia de las farmacias en el caso de los restantes métodos, que requieren suministros períodicos. Por otra parte, las clínicas de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) tienen porcentajes de mención muy similares para todos los métodos.

A todas las mujeres que mencionaron fuentes de métodos más cercanas se les preguntó cuanto tiempo se demorarían en llegar hasta ellas y si irían a pié o usando algún medio de transporte. Estos datos se resumen

Cuadro 4.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES POR CONOCIMIENTO
DE FUENTE ANTICONCEPTIVA MAS CERCANA
SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO

CONOCIMIENTO DE FUENTE MAS CERCANA	METODO ANTICONCEPTIVO QUE CONOCEN								
	Esterilización		Inyección	DIU	Píldora	Condón	Tabletas Vaginales	OM[1]	Total
	Femenina	Masculina							
MSPAS	72.8	58.6	37.2	65.1	47.6	42.6	38.8	37.6	52.1
Farmacia	0.0	0.0	31.6	2.3	27.6	31.8	32.4	30.5	18.0
ADS	7.4	8.4	3.6	7.9	5.2	4.9	5.3	5.8	6.1
ISSS	6.8	6.6	2.9	5.1	4.2	3.0	3.9	4.3	4.7
Clinica-Médico	1.7	1.9	2.2	2.6	1.2	0.8	1.4	1.6	1.7
Pro-Familia	0.0	0.0	0.5	0.0	2.8	2.6	1.5	1.4	1.1
Otro	0.2	0.2	0.3	0.2	0.9	0.9	0.2	0.2	0.4
ARS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1
No Conoce Fuente	11.1	24.4	21.6	17.0	10.1	13.2	16.4	18.5	15.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	4293	3081	3180	3828	4397	3837	2237	1680	4634

Nota: Porcentajes calculados en base a las mujeres que conocen o han oido hablar de los métodos anticonceptivos.

[1]OM: Otros Métodos, incluye Diafragma, Cremas, Jaleas y Espumas.

en el cuadro 4.4 en términos del porcentaje de mujeres que conoce alguna fuente a no más de media hora de viaje. El cuadro incluye todas las mujeres, incluso las que no conocen métodos modernos y las que han oído hablar de ellos pero no mencionan ninguna fuente, las que para estos efectos se clasifican en la categoría que no conoce una fuente cercana. El conocimiento de la fuente se discrimina por área de residencia y el nivel educativo, según edad de las entrevistadas.

En términos globales las cifras indican que las distintas fuentes y programas de planificación familiar cubren en forma adecuada, desde el punto de vista de proximidad física, alrededor de dos tercios de las mujeres salvadoreñas. Es importante notar que para el tercio restante

Cuadro 4.4

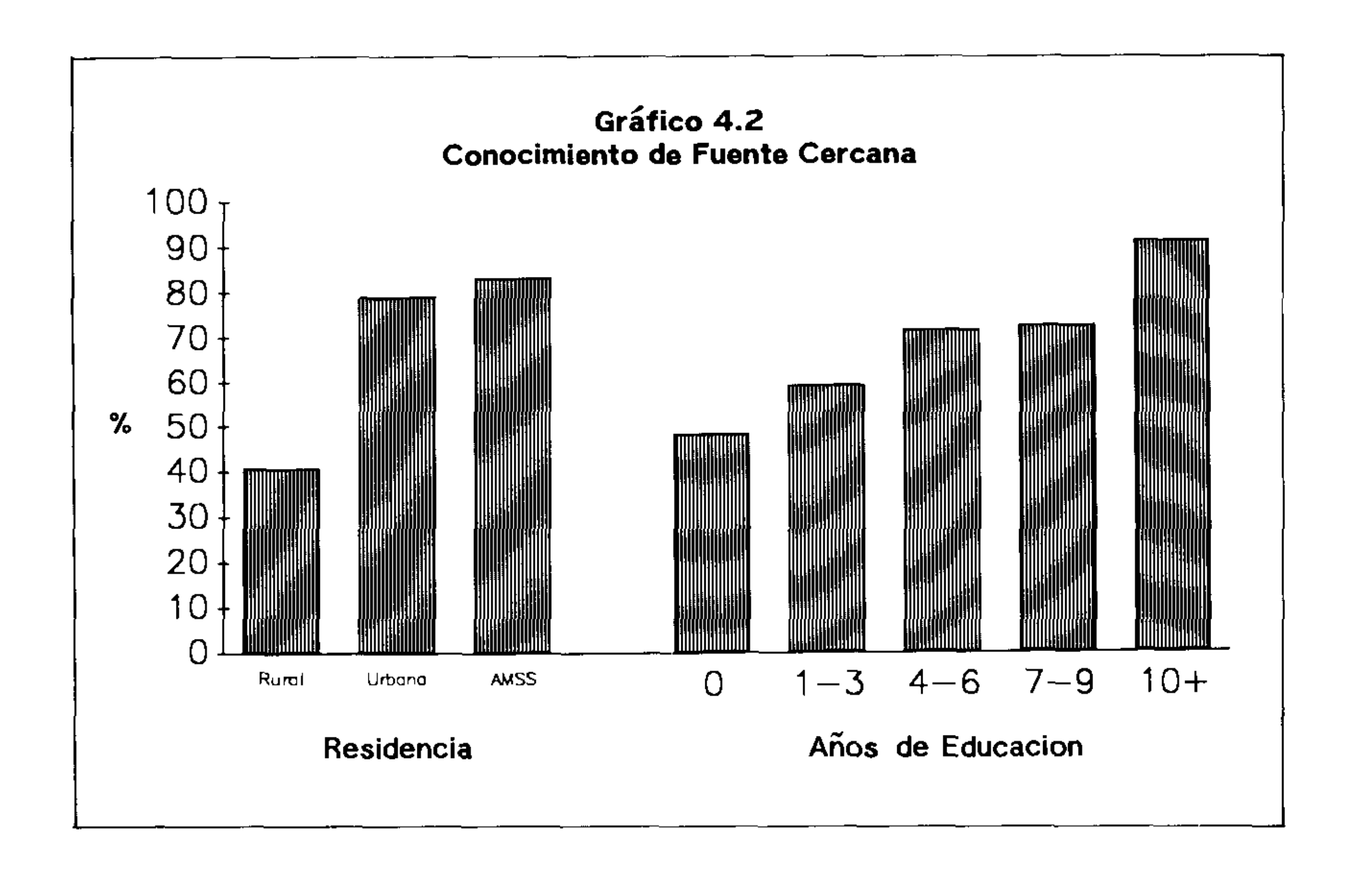
PORCENTAJE DE MUJERES ENTREVISTADAS QUE CONOCEN UNA FUENTE CERCANA DE ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO SEGUN GRUPOS DE EDAD

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	72.2	85.9	85.7	89.8	87.6	88.5	84.6	83.4
Resto Urbano	65.9	82.1	85.2	82.3	85.2	79.9	87.3	79.2
Rural	32.9	41.1	42.5	51.5	42.6	43.3	39.0	40.9
Nivel Educativo:								
Sin Educación	28.2	52.2	46.7	55.8	47.4	46.9	54.7	48.2
Básica 1-3	38.5	52.7	62.6	71.8	69.1	71.1	62.8	59.4
Básica 4-6	54.5	65.7	78.5	79.0	85.5	88.5	81.9	71.4
Básica 7-9	60.6	82.3	82.7	83.6	83.8	85.9	90.1	72.4
Media y Superior	88.1	89.0	88.9	93.7	100.0	98.1	100.0	91.0
Total	56.6	69.1	69.5	74.5	70.2	68.1	67.5	66.8
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

Nota: Los porcentajes calculados se refieren a mujeres que conocen fuente de anticonceptivos a no más de media hora de viaje.

no se sabe si efectivamente no hay fuente alguna a media hora de viaje o, si por el contrario, existe una o más fuentes pero las mujeres no las conocen. Para dilucidar este punto el ideal es contar con información a nivel de la comunidad. En todo caso las cifras disponibles pueden ser interpretadas en términos de cobertura efectiva de los servicios.

La variación de la proporción que conoce una fuente cercana, según edad, muestra la tradicional forma de U invertida, que probablemente refleja la dependencia del conocimiento de métodos de la edad de la mujer, notándose que el conocimiento se incrementa hasta 75 por ciento en el subgrupo de mujeres entre 30-34 años, para luego disminuir gradualmente en las de edades mayores. Mas interesantes resultan aquí los diferenciales según área de residencia y nivel educativo, que aparecen también en el gráfico 4.2. Mientras que en el área metropolitana de San Salvador y en el resto urbano alrededor del 80 por ciento de las mujeres



conoce una fuente cercana, en las áreas rurales la cifra se reduce a prácticamente la mitad. En términos del nivel educacional, se observa que las proporciones totales se incrementan según se eleva el nivel educativo, siendo más notorio el diferencial entre las categorías extremas, ya que mientras 9 de cada 10 mujeres del subgrupo con máxima educación conocen la fuente, aproximadamente la mitad de las mujeres sin educación informaron dicho conocimiento, siendo mayor esta diferencia en el grupo de menor edad.

En resumen, el nivel de cobertura que parece adecuado a nivel nacional esconde dos realidades distintas desde el punto de vista de la disponibilidad de servicios de planificación familiar, como son, las mujeres del área rural y las de menor educación con desventaja en relación con los sub-grupos más favorecidos.

4.4 El Uso Anterior de Métodos

A todas las mujeres que declararon conocer algún método se les preguntó si lo habían usado alguna vez. Esta información se presenta en el gráfico 4.1 y en más detalle en el cuadro 4.5, que muestra el porcentaje de mujeres actualmente unidas que ha usado alguna vez cada método anticonceptivo, según grupos de edad. Se ha elegido esta base para facilitar la comparación de estas cifras con los datos de uso actual de anticonceptivos que se presentarán en la próxima sección.

En términos globales la mayoría de las mujeres actualmente unidas (59 por ciento) han usado alguna vez un método moderno, progresando al menos hasta esta segunda etapa del proceso de adopción. El método más popular, en términos del porcentaje que lo ha usado es la píldora, (32 por ciento), seguida muy de cerca por la esterilizción femenina. El dispositivo intra-uterino y el condón son dos métodos muy conocidos pero solamente lo han usado alrededor del 10 por ciento.

Es interesante notar la variación de estas cifras según la edad. En términos generales las que han usado algún método moderno aumentan hasta 72 por ciento entre las de 30-34 años y descienden en las de mayor edad.

Cuadro 4.5

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE HAN USADO ANTICONCEPTIVOS, POR METODO USADO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

METODO ANTICONCEPTIVO USADO	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Píldora	24.7	30.5	39.7	35.3	31.3	30.7	24.2	32.3
Esterilización Femenina	0.9	13.0	33.6	49.1	45.2	44.3	32.2	31.8
Dispositivo (DIU)	6.8	11.2	11.5	10.8	12.0	16.0	9.4	11.2
Condón	4.5	11.4	13.8	12.3	7.3	7.7	5.3	9.9
Ritmo	4.5	7.6	10.6	13.1	9.9	6.8	4.1	8.8
Tabletas Vaginales	2.1	4.4	6.3	6.7	7.1	5.1	7.4	5.7
Inyección	1.3	4.5	8.4	6.7	5.3	4.2	1.8	5.2
Retiro	3.4	4.8	6.5	4.2	5.5	5.4	2.8	4.9
Diafragma y Vaginales[1]	0.8	0.7	2.0	2.0	2.7	2.9	2.8	1.9
Esterilización Masculina	0.0	0.0	0.9	0.7	1.5	1.0	0.8	0.7
Otro	0.0	0.3	0.2	0.4	0.3	0.0	0.0	0.2
Algún Método Moderno	32.3	49.8	68.3	71.5	62.4	60.1	48.8	58.5
Cualquier Método	34.7	52.5	70.6	73.6	65.4	61.5	48.8	60.6
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

[1]Incluye Cremas, Jaleas y Espumas.

El porcentaje que ha usado alguna vez la píldora varía relativamente poco con la edad, aumentando hasta 40 por ciento entre el sub-grupo de 25-29 años y luego disminuyendo, como cabría esperar, en un método que puede ser ensayado por mujeres en diferentes etapas de su vida reproductiva. En cambio, el porcentaje que se ha esterilizado varía notablemente con la edad, aumentando hasta alcanzar un máximo en el grupo 30-34 para luego disminuir. Esta tendencia, que se comentará en detalle más adelante, sugiere que la esterilización es un método de introducción reciente y que se ha concentrado en mujeres de mediana edad.

En el cuadro 4.6 se presenta el porcentaje que ha usado un método moderno entre las mujeres actualmente unidas, por área de residencia y

Cuadro 4.6

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE HAN USADO UN METODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, POR AREA DE RESIDENCIA, Y NIVEL EDUCATIVO SEGUN GRUPOS DE EDAD

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	50.4	69.9	81.3	88.0	81.0	75.6	67.8	76.4
Resto Urbano	34.6	53.1	76.5	78.0	62.9	76.0	63.8	65.2
Area Rural	20.4	32.1	52.1	50.1	47.4	37.2	26.8	39.8
Nivel Educativo:								
Sin Educación	28.8	35.1	49.9	49.3	45.3	50.9	34.3	43.9
Básica 1-3	19.2	40.9	67.0	68.3	63.3	56.6	41.2	53.6
Básica 4-6	39.4	51.9	76.5	82.3	74.8	71.7	70.5	66.8
Básica 7-9	38.2	67.6	72.8	73.2	74.6	78.1	81.5	65.7
Media y Superior	44.3	60.6	82.2	91.1	80.0	85.8	88.2	77.5
Total	32.3	49.8	68.3	71.5	62.4	60.1	48.8	58.5
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

nivel educativo, según grupos de edad. El patrón general de los datos es similar al notado en los cuadros anteriores, con grandes diferencias entre el área metropolitana de San Salvador y el área rural y entre los distintos niveles educacativos. En el grupo de 30 a 34 años, por ejemplo, en que el uso alguna vez alcanza su máximo (72 por ciento), se encuentra que prácticamente un 90 por ciento de las mujeres de San Salvador y 92 por ciento de las mujeres con educación media o superior han usado un método moderno, comparado con alrededor de la mitad de las mujeres rurales o sin educación.

A nivel general se observa que el porcentaje de mujeres del área metropolitana de San Salvador que ha usado es casi el doble (76 por ciento) en relación con las del área rural. Se observa igualmente un incremento según aumenta el nivel educacional de 44 por ciento entre las mujeres sin educación a 78 por ciento entre las de educación media y superior.

4.5 El Uso Actual de Métodos

A todas las mujeres que habían usado anticonceptivos alguna vez se les preguntó si estaban usando actualmente algún método, excepto las embarazadas, que obviamente no están usando, y las esterilizadas, en que se siguió la práctica usual de codificarlas como usuarias actuales.

El cuadro 4.7 muestra la distribición porcentual de las mujeres actualmente unidas que usan anticonceptivos por método, según grupos de edad. En este cuadro hay dos aspectos que comentar: uno es la tasa de prevalencia o porcentaje de mujeres actualmente en unión que están usando anticonceptivos, y el otro es la distribución de las usuarias según método.

En términos de prevalencia se nota que prácticamente la mitad (47 por ciento) de las mujeres en unión está usando un método anticonceptivo. Esta cifra representa una alta cobertura de los programas de planificación familiar y una mejora significativa con respecto a la situación en 1978, en que la cifra comparable era un 34 por ciento de las mujeres unidas entre 15 y 49 años.

El detalle según edad revela el patrón usual en forma de U invertida, con un máximo en el grupo de 30-34 años, en que la tasa de prevalencia alcanza un 63 por ciento, y cifras menores entre las mujeres jóvenes, que recién comienzan su vida reproductiva, y entre las de mayor edad, muchas de las cuales no son fértiles y en consecuencia no necesitan métodos anticonceptivos.

La distribución de las usuarias según método revela un predominio absoluto de la esterilización femenina, que representa un tercio de las mujeres en unión y dos tercios de las usuarias actuales de métodos anticonceptivos. El segundo lugar lo ocupa la píldora con un 14 por ciento del total de usuarias, seguida a su vez por el dispositivo intra-uterino, con un siete por ciento.

Cuadro 4.7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN ANTICONCEPTIVOS, POR METODO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

METODO ANTICONCEPTIVO	GRUPOS DE EDAD 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Esterilización Femenina	0.9	13.0	33.4	49.0	45.2	44.3	32.2	31.8
Píldora	13.1	10.6	10.2	4.2	2.0	1.6	0.8	6.6
Dispositivo (DIU)	4.4	5.5	3.7	2.9	2.3	1.2	1.4	3.3
Ritmo	1.2	1.7	1.6	2.0	3.5	2.8	0.0	1.9
Condón	1.9	1.8	1.3	1.8	0.5	0.3	0.0	1.2
Retiro	0.0	0.8	1.6	0.6	1.0	0.4	0.4	0.8
Esterilización Masculina	0.0	0.0	0.9	0.7	1.4	1.0	0.8	0.7
Inyección	0.2	1.0	0.9	1.2	0.3	0.0	0.0	0.7
Tabletas Vaginales	0.0	0.4	0.0	0.5	0.3	0.0	0.0	0.2
Diafragma y Vaginales[1]	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otro	0.0	0.2	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.1
Está Usando	21.7	35.3	53.7	63.0	56.8	51.6	35.7	47.3
No Está Usando	78.3	64.7	46.3	37.1	43.2	48.4	64.3	52.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

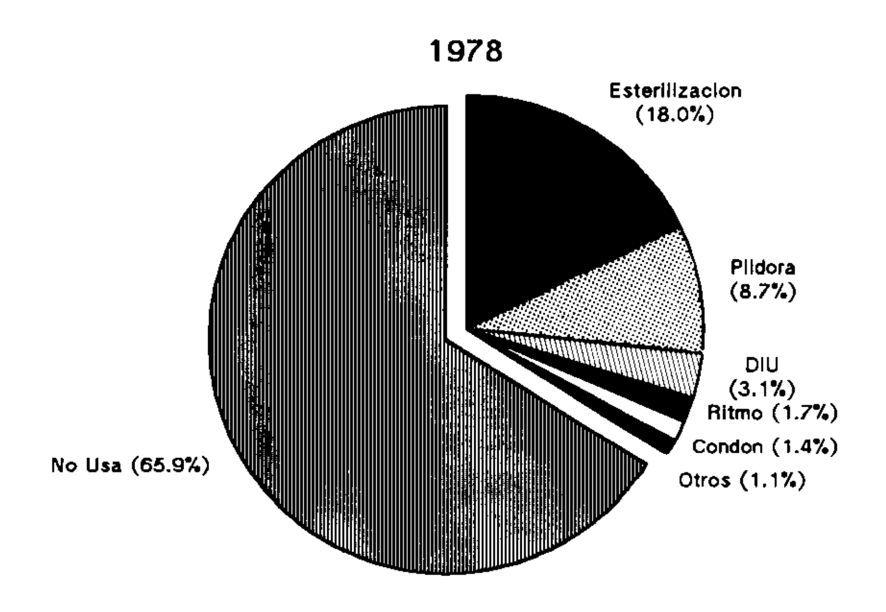
[1]Incluye Cremas, Jaleas y Espumas

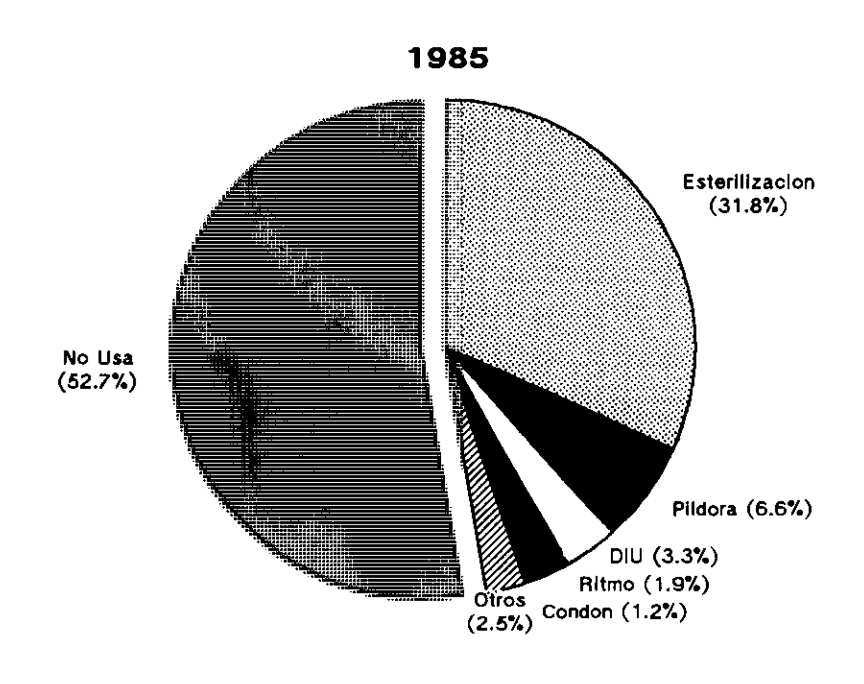
La preferencia por métodos específicos depende, como es natural, de la edad de la mujer. Entre las mujeres unidas de 15-19 años predominan la píldora, mientras que entre las de 45-49 años la esterilización es prácticamente el único método usado. Llama la atención, sin embargo, que la esterilización sea el método más usado a partir de los 20-24 años y predomine mas significativamente a partir del grupo de 25-29 años, edades en que se pensaría que las mujeres aún no desean terminar su vida reproductiva.

En el gráfico 4.3 se compara la situación global en 1985 con la observada en la encuesta de 1978, para el total de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años. Se advierte que el significativo aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos se debe casi en su totalidad al aumento de la



Gráfico 4.3
Uso Actual de Métodos





proporción de mujeres esterilizadas. Por otra parte, es interesante advertir que ha habido una ligera disminución del uso de la píldora.

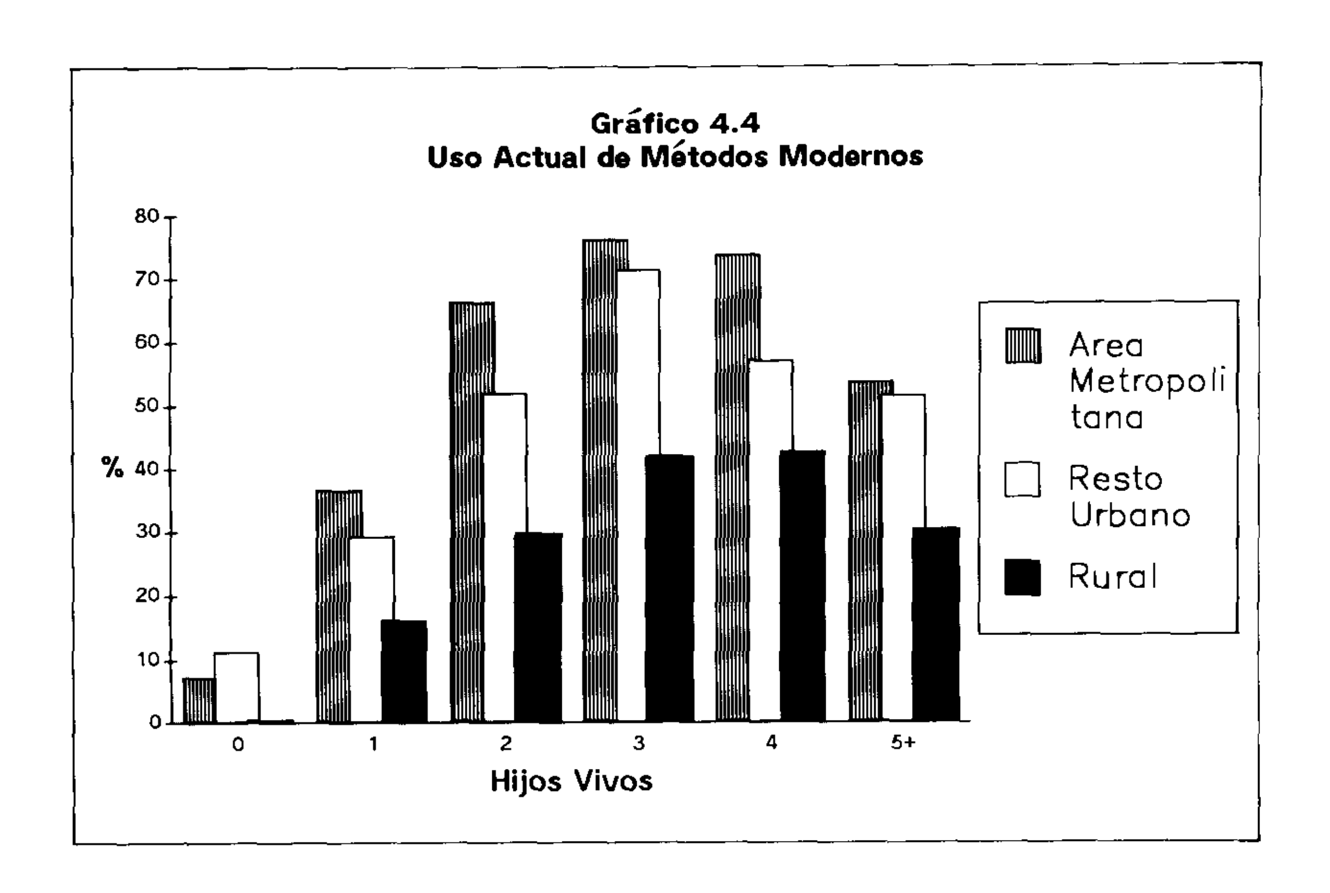
Volviendo a la situación en 1985, en el cuadro 4.8 y el gráfico 4.4 se muestra el porcentaje de mujeres actualmente unidas que está usando algún método, por área de residencia y nivel educativo, según número de hijos actualmente vivos. En la interpretación de estos resultados es importante recordar que al hablar de métodos modernos, en este caso se refiere en gran medida a la esterilización femenina.

El total según número de hijos revela que un 45 por ciento usan actualmente un método moderno y que existe muy poco uso de estos anticonceptivos entre las mujeres sin hijos (6 por ciento), con rápidos incrementos al aumentar el tamaño de la familia, de tal modo que ya entre las mujeres con dos hijos la mitad está usando métodos modernos.

Cuadro 4.8

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE ESTA USANDO UN METODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS						Total
	0	1	2	3	4	5 o Más	
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	7.3	36.9	66.5	76.4	74.0	53.9	58.7
Resto Urbano	11.4	29.4	52.1	71.6	57.2	51.7	49.4
Area Rural	0.6	16.3	29.9	42.2	43.0	30.6	30.1
Nivel Educativo:							
Sin Educación	5.4	18.7	30.6	53.8	43.3	35.2	35.7
Básica 1-3	4.0	18.5	51.1	53.6	52.1	37.2	40.7
Básica 4-6	1.3	28.6	52.5	73.9	67.0	54.0	52.0
Básica 7-9	9.1	37.6	55.9	61.6	57.7	41.7	45.4
Media y Superior	11.7	33.5	67.1	79.9	84.6	72.4	56.2
Total	5.6	28.5	51.0	63.5	55.9	39.6	44.5
(N)	226	505	700	596	411	725	3164



La proporción continúa aumentando al pasar a tres hijos (64 por ciento) para luego disminuir. La tasa de prevalencia de casi 30 por ciento entre las mujeres con un hijo sería evidencia de uso para espaciar los nacimientos, excepto que en este caso se debe en buena medida al uso de la esterilización femenina.

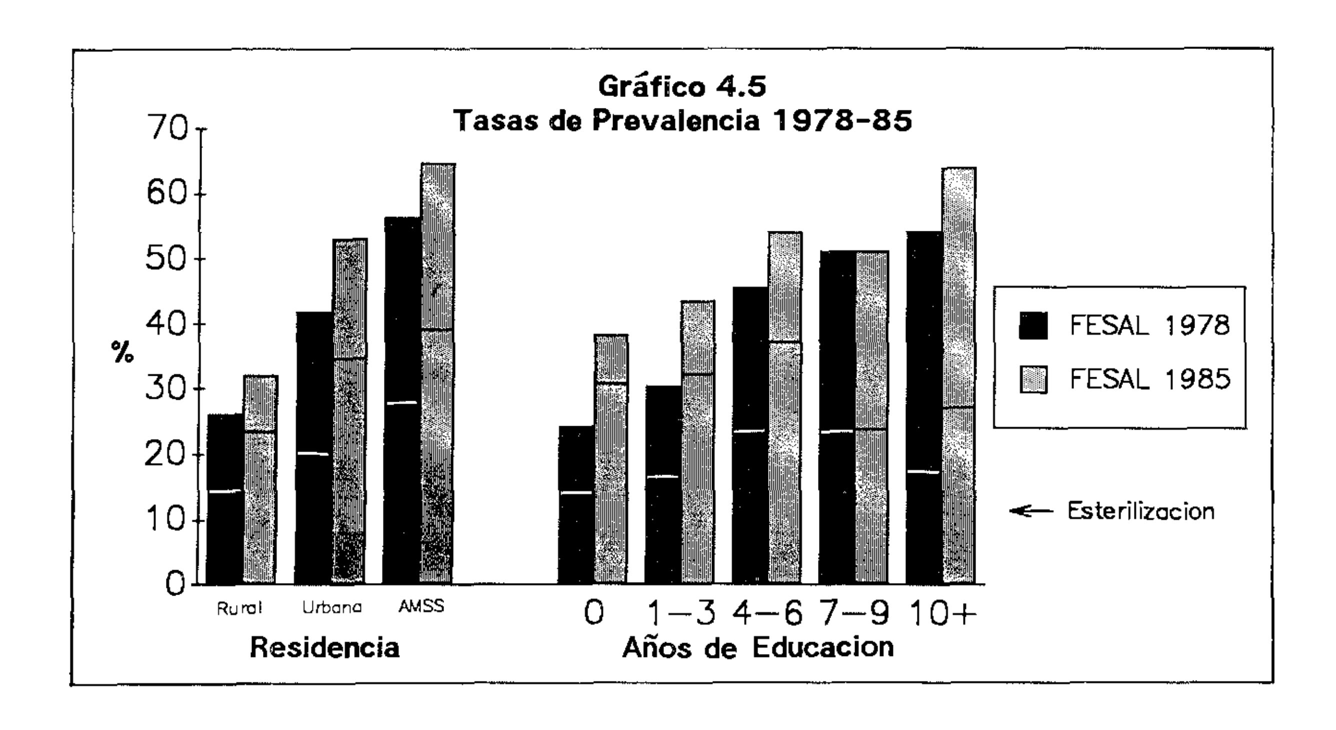
Las cifras según área de residencia muestran la diferencia esperada entre el área metropolitana y la rural, con tasas de prevalencia en razón de dos a uno respectivamente. Las diferencias relativas son particularmente más notorias en los órdenes de paridez más bajos, indicando que la adopción de métodos de regulación de la fecundidad ocurre en forma más temprana entre las mujeres de las zonas urbanas, como se puede apreciar en el gráfico 4.4.

Por otra parte las diferencias en el uso de métodos modernos por nivel educativo son ligeramente menores que según área de residencia, en contraste con lo que se encontró al analizar los diferenciales según nupcialidad y fecundidad.

En el gráfico 4.5 se contrastan las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos encontradas en los distintos sub-grupos poblacionales en 1985 con las observadas para los mismos grupos en la encuesta de 1978. El cuadro pertinente en el informe de FESAL-78 se refiere a mujeres actualmente casadas o unidas entre 15 y 44 años de edad, y las categorías usadas no permiten separar los métodos modernos de los tradicionales. Para lograr cifras comparables se han recalculado las tasas de prevalencia de FESAL-85, incluyendo sólo mujeres de 15-44 y todos los métodos anticonceptivos.

El patrón general de los resultados sugiere que el uso de métodos anticonceptivos eficientes ha aumentado en los últimos años en todos los sub-grupos. El aumento ha sido mayor en el resto urbano que en las áreas rurales, pero por otra parte ha alcanzado especialmente a las mujeres con menos educación, lo que resulta particularmente alentador.

Para cerrar esta sección se consideran brevemente dos tabulaciones sobre métodos específicos. La primera es el cuadro 4.9 que se refiere a la píldora y muestra, para las usuarias actuales, la distribución porcentual según el tipo de píldora usada. Esta información es útil



Cuadro 4.9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS DE PILDORA POR TIPO DE PILDORA ACTUALMENTE USADA

Tipo	Porcentaje
Neogynon CD	18.9
Microgynon CD	14.9
Perla	10.9
Ovral	10.8
Noriday	10.4
Eugynon CD	6.2
Lo-Femenal	6.0
Neogynon ED Fe	4.7
Eugynon 30 ED Fe	3.3
Microgynon ED Fe	2.8
Nordette	2.6
Loestrin	1.9
Orminest Fe	1.7
Triguilar	1.0
Otros[1]	3.7
No Determinado	0.6
Total	100.0
(N)	220

[1]Incluye: Ovulen, Denoval, Wyeth, Ortho-Novum 1/50, Ortho-Novum 2mg, y Diane, con menos de 1% c%u.

para los administradores de programas de mercadeo social de anticonceptivos y no requiere mayor comentario.

La segunda tabulación es el cuadro 4.10, que muestra la distribución de las mujeres esterilizadas según el año de la operación y la edad que tenía la mujer al momento de la esterilización. Este cuadro se basa en una pregunta sobre el mes y año calendario de la operación y excluye 46 casos en que el año no fué determinado. Además, se muestran en una categoría especial aquellos casos en que se conocía el año pero no el mes de esterilización y en consecuencia, no fué posible calcular en forma exacta la edad de la mujer al momento de la operación.

Cuadro 4.10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ESTERILIZADAS, POR EDAD A LA ESTERILIZACION, SEGUN AÑO DE ESTERILIZACION

EDAD A LA ESTERI- LIZACION	AÑO DE ESTERILIZACION						Total
	Antes de 1976	76-77	78-79	80-81	82-83	84-85	
Menos de 25	21.5	22.5	17.9	27.2	34.2	28.8	25.3
25-29	36.2	30.8	36.9	29.3	33.0	40.4	33.9
30-34	25.2	19.6	26.6	22.5	17.7	18.4	21.5
35-39	12.4	19.4	11.4	12.4	11.0	6.5	11.6
40-44	0.0	7.2	3.5	6.3	2.7	4.8	3.8
Edad no Determinada	4.8	0.5	3.7	2.0	1.4	0.9	3.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio	28.4	29.7	29.1	28.8	27.5	27.6	28.4
(N)	200	120	206	218	226	182	1152

Nota: Se excluyen del cuadro, 46 casos con año de esterilización no determinado y las mujeres del grupo 45-49.

Con base a los totales por año, se ha estimado una tasa de esterilización relativamente pareja en el tiempo, del orden de 20 operaciones anuales por cada mil mujeres, a partir de 1978.

La distribución de edad al momento de la operación muestra que una cuarta parte de las esterilizaciones corresponden a mujeres menores de 25 años y un tercio al grupo 25-29, de tal modo que la edad promedio al momento de la operación resulta menos de 30 años. Las cifras indican, además, que las esterilizaciones se han desplazado recientemente hacia edades más jóvenes. En efecto, la proporción de esterilizaciones a menores de 25 años ha subido de alrededor de 20 por ciento antes de 1980 a poco más de un tercio en 1982-1983, aunque parece haber descendido después. La edad promedio a la esterilización, por su parte, ha descendido del nivel de 29 años que prevalecía hasta 1980-1981 a menos de 28 años en el período desde 1982 a la fecha.

4.6 La Fuente de Obtención del Método Actual

A todas las usuarias actuales de métodos clínicos o métodos que requieren suministros se les preguntó por la fuente de obtención del método. Los resultados aparecen en el cuadro 4.11 separadamente para cada método, con excepción de las tabletas vaginales y otros métodos femeninos (diafragma, espumas, jales y cremas) que tenían muy pocas usuarias.

En términos generales los resultados son similares a los comentados en la sección sobre conocimiento de fuentes, en el sentido de que la fuente más importante de métodos clínicos es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), seguido por el Instituto Salvadoreño del

Cuadro 4.11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
POR FUENTE DE OBTENCION, SEGUN METODO QUE USAN ACTUALMENTE

FUENTE DE OBTENCION	METODO ANTICONCEPTIVO						Total
	Esterilización						
	Femenina	Masculina	Inyección	DIU	Píldora	Condón	
MSPAS	69.0	23.0	0.7	68.3	39.0	9.8	61.6
ISSS	17.0	24.4	10.4	17.7	9.4	13.2	15.9
ADS	10.5	36.3	17.7	7.1	8.4	2.9	10.2
Clínica-Médico	0.0	0.0	49.8	0.0	28.4	69.0	6.5
Farmacia	2.5	10.5	21.4	5.9	4.1	0.0	3.3
Pro-Familia	1.0	0.0	0.0	0.0	4.3	2.2	1.4
ARS	0.1	0.0	0.0	0.0	6.4	2.9	1.0
Otro	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.1
No Determinado	0.0	5.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	1171	22	22	110	220	39	1591

Nota: Se excluyen Tableta Vaginal y Otros Métodos Femeninos porque solamente tienen seis y una usuaria, respectivamente.

Seguro Social (ISSS) y las clínicas de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). En efecto, más de dos tercios de las mujeres esterilizadas y de las usuarias de dispositivos intra-uterinos han obtenido su método del MSPAS. Por otra parte las escasas esterilizaciones masculinas encontradas se reparten en forma homogénea entre las tres instituciones.

El otro aspecto de interés en el cuadro es la importancia que adquieren las fuentes del sector privado -médicos, clínicas y farmacias- en el caso de los métodos que requieren suministros periódicos como la inyección, la píldora y el condón.

En el gráfico 4.6 se ha comparado esta situación con la que prevalecía al momento de la encuesta de 1978. En términos generales la importancia relativa de las distintas fuentes era muy semejante. Es interesante advertir, sin embargo, que ha aumentado ligeramente la participación de la ADS y el ISSS a expensas de las farmacias, hecho que podría estar ligado a la menor prevalencia del uso de la píldora.

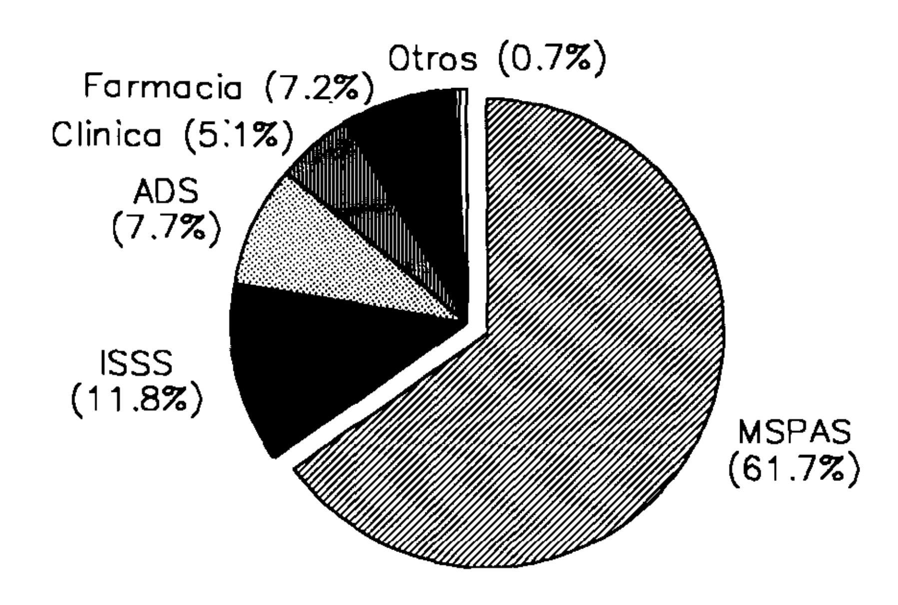
4.7 Las Razones de No Uso de Métodos

El cuestionario de FESAL-85 incluía una pregunta sobre las razones de no-uso de anticonceptivos para las mujeres no embarazadas que no estaban usando anticonceptivos al momento de la entrevista, pero que habían usado antes. A pesar de que este grupo no es necesariamente representativo del total de mujeres que no usan anticonceptivos puesto que no se incluyó a las mujeres que **nunca** han usado, se ha estimado de interés presentar los resultados a título ilustrativo en el cuadro 4.12.

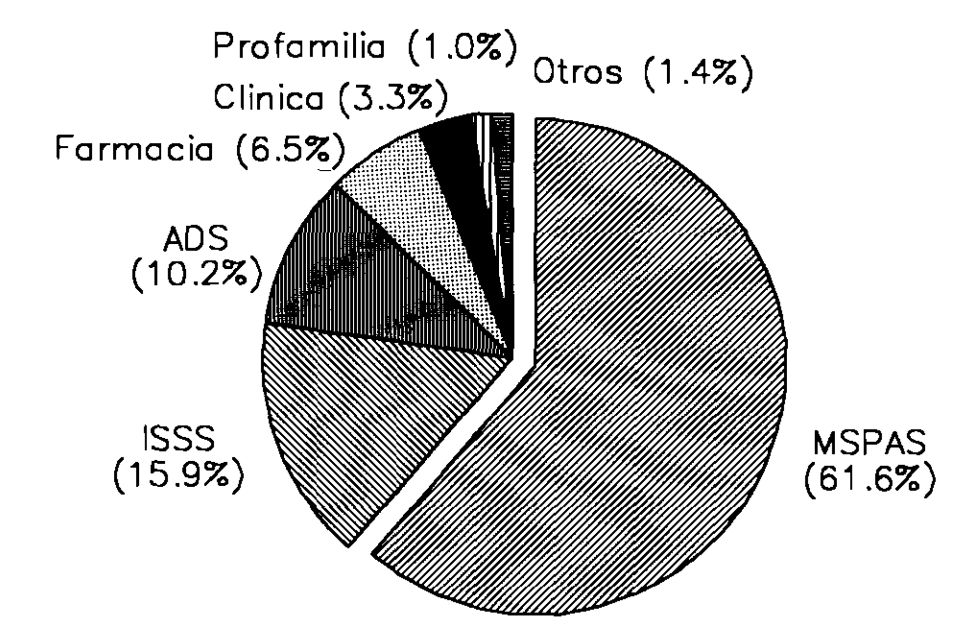
La tabulación ha sido restringida a las mujeres expuestas, de acuerdo a la definición utilizada en el capítulo sobre nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, a fin de evitar razones triviales de no uso de métodos. A pesar de ello se encuentra que alrededor de un 17 por ciento de las mujeres dan como razón de no uso de anticonceptivos el que no están realmente expuestas, sea por infertilidad, menopausia, el no estar casada o unida o el encontrarse en lactancia.

Gráfico 4.6
Fuente del Método Usado





1985



Cuadro 4.12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN PERO HAN USADO ANTICONCEPTIVOS, POR RAZON DE NO USO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

RAZON DE NO USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	GRUPOS DE EDAD		Total
	Menos de 30	30 Años o Más	
Razones de salud	31.9	32.3	32.0
No desea usar métodos	26.1	15.8	21.8
Desea uno o más hijos	21.0	22.8	21.8
Infertilidad-Menopausia	3.2	11.0	6.5
No está acompañada	3.8	8.1	5.6
En lactancia	4.3	5.4	4.8
Razones religiosas	4.8	2.1	3.7
Otras razones	4.9	2.5	3.9
Total	100.0	100.0	100.0
(N)	74	53	127

Nota: El cuadro incluye sólo mujeres expuestas que no están usando anticonceptivos pero habían usado algún método antes, ya que la pregunta correspondiente no fué formulada a las mujeres que no conocían o no habían usado anticonceptivos.

En todo caso las respuestas más frecuentes fueron las razones de salud, seguidas por objeciones de la mujer o el conyuge al uso de métodos y el deseo de tener más hijos. Resulta interesante notar que muy pocas mujeres dieron razones de índole religiosa. Así, puede concluirse que las principales razones de no uso se relacionan con la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos.

4.8 Las Intenciones de Uso en el Futuro

A continuación de la sección sobre conocimiento y uso de anticonceptivos, el cuestionario de FESAL-85 incluyó una sección sobre intenciones de uso en el futuro. En esta sección se preguntó a cada mujer que conocía los

anticonceptivos, pero no estaba usando ningún método, si pensaba usar alguno en el futuro y -en caso afirmativo- si pensaba usarlo durante los próximos doce meses o después y cual método pensaba usar.

En el cuadro 4.13 se presentan los resultados sobre las intenciones de uso en el futuro para las mujeres expuestas al riesgo de embarazo de acuerdo a la definición del Capítulo 2 -es decir, las que menstruaron en las últimas seis semanas, tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y son presumiblemente fértiles- clasificadas según el número de hijos vivos. En el cuadro se incluye en una categoría especial las mujeres expuestas que no conocen ningún método anticonceptivo.

Poco más de la mitad de las mujeres expuestas y que no usan actualmente tampoco piensa usar métodos en el futuro, casi la cuarta parte no tiene intenciones claras o no conoce métodos anticonceptivos, y sólo el cuarto restante declara intenciones de usar en el futuro.

Cuadro 4.13

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ACTUALMENTE ANTICONCEPTIVOS, POR INTENCIONES DE USO EN EL FUTURO, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

INTENCIONES DE USO EN EL FUTURO	NUMERO DE HIJOS VIVOS						Total
	0	1	2	3	4	5 y Más	
Sí, Próximos 12 Meses	3.7	15.5	13.2	9.2	19.3	11.1	11.4
Sí, Después de 12 Meses	14.4	20.5	20.8	10.1	8.8	7.5	14.5
No	47.6	40.7	43.2	72.0	50.4	65.4	51.5
No Sabe	16.8	17.5	11.9	5.5	2.9	4.2	11.1
No Conoce Método	7.6	5.9	11.0	3.2	18.2	11.9	11.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	95	92	76	40	43	88	434

Las expectativas de uso varían según el número de hijos sobrevivientes. La proporción que piensa usar anticonceptivos es baja entre las mujeres sin hijos, alcanza su máximo entre las que tienen uno o dos y luego disminuye con el número de hijos. Dentro de las que intentan usar en el futuro se encuentra un predominio de las que piensan hacerlo en los próximos doce meses entre las mujeres con más hijos, y de las que piensan hacerlo después entre las que tienen menos hijos. Este resultado sugiere que la intención de usar algún método adquiere mayor urgencia o intensidad al aumentar el tamaño de la familia.

En contraste con lo anterior, sin embargo, se nota que la proporción que manifesta claras intenciones de **no** usar anticonceptivos tiende a aumentar entre las mujeres de paridez más alta, mujeres presuntamente mayores que tienen actitudes más tradicionales en esta materia.

Por otra parte, la proporción de mujeres que no está segura de sus intenciones de uso disminuye marcadamente con el número de hijos, mientras aumenta la proporción que no conoce anticonceptivos. Estos resultados indican que las mujeres van adquiriendo actitudes más claras al avanzar en su carrera reproductiva, y que las mujeres de mayor edad han tenido menos oportunidad de conocer los métodos anticonceptivos.

En el cuadro 4.14 se tabulan las preferencias de método expresadas por las mujeres expuestas al riesgo que intentan usar anticonceptivos en el futuro, según si intentan usar en los próximos doce meses o más adelante. En la interpretación de estos datos debe tomarse en cuenta que son doblemente hipotéticos, porque descansan en la expresión de una intención de usar y en la preferencia de método si se realizara esa intención.

En general los métodos con mayor número de preferencias son la píldora y la esterilización femenina, seguidas por las inyecciones. Hay, sin embargo, claras diferencias según el tipo de intención. Las mujeres que intentan usar luego, se inclinan mayoritariamente por la píldora y la inyección, e incluyen poco más del diez por ciento que usarían el ritmo

o abstinencia períodica. En cambio las que intentan usar más adelante se inclinan preferentemente por la esterilización femenina.

Estos resultados indican que existe una importante demanda potencial por métodos reversibles como la píldora y las inyecciones, sobretodo entre las mujeres que tienen intenciones de usar algún método luego. Por otra parte, es posible que algunas mujeres que intentan adoptar la esterilización estén postergando algún tiempo su intención de usar.

Hay, por último, una fracción substancial que no expresa preferencias de métodos. Esta categoría incluye mujeres que mencionaron como preferido algún método que no habían declarado conocer. En la dinámica de la

Cuadro 4.14

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE TIENEN INTENCIONES DE USAR ANTICONCEPTIVOS EN EL FUTURO, POR METODO QUE PREFERIRIAN USAR, SEGUN PERIODO EN QUE INICIARAN EL USO[1]

METODO PREFERIDO	PERIODO EN QUE INICIARA USO DE METODOS		Total
	Próximos 12 Meses	Después de 12 Meses	
Píldora	35.9	23.2	28.8
Esterilización Femenina	8.6	40.2	26.2
Inyecciones	23.0	9.2	15.3
Ritmo	10.6	1.8	5.7
Dispositivo (DIU)	5.3	3.6	4.4
Tabletas	4.8	1.8	3.1
Diafragma y Vaginales	2.3	0.6	1.3
Condón	0.0	0.6	0.3
Esterilización Masculina	0.0	0.0	0.0
Retiro	0.0	0.0	0.0
No Sabe	9.5	19.1	14.9
Total	100.0	100.0	100.0
(N)	49	63	112

[1]Mujeres expuestas que no usan actualmente pero que intentan usar.

entrevista es posible que la mujer no conozca un método pero, al escuchar la descripción dada por la entrevistadora, piense que le gustaría usarlo en el futuro. Se piensa, en todo caso, que estas preferencias no son muy definidas y por ello se han clasificado en la categoría **no sabe**.

Hasta aquí, el análisis se ha restringido a mujeres expuestas al riesgo, con el fin de estimar en forma más verídica la demanda potencial. Es conveniente recordar, sin embargo, que las mujeres que actualmente están embarazadas o en amenorrea post-parto requerirán servicios en el futuro próximo. Tabulaciones no incluidas en el presente informe muestran que un 46 por ciento de las mujeres embarazadas y un 32 por ciento de las que están en amenorrea post-parto piensan usar métodos anticonceptivos en el futuro. En ambos casos, entre las que piensan usar predominan las que intentan hacerlo más adelante, con 25 y 18 por ciento del total, respectivamente.

4.9 Las Actitudes Hacia la Planificación Familiar

En la sección sobre intenciones de uso de anticonceptivos se preguntó a todas las mujeres que conocían algún método si estaban de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. Tanto en caso afirmativo como negativo, se preguntó además por qué estaban de acuerdo o en desacuerdo. Los resultados aparecen en el cuadro 4.15 para todas las mujeres que conocían algún método, según grupos de edad.

En términos globales, tres cuartas partes de las mujeres están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. El porcentaje de aprobación varía levemente con la edad, alcanzando un máximo en los grupos 20-29 y luego disminuyendo. Esta forma de U invertida de las cifras refleja actitudes algo más tradicionales entre las mujeres de mayor edad. En el peor de los casos, sin embargo, se encuentran dos tercios que aprueban la planificación familiar.

Entre las razones de aprobación se destacan en todos los grupos de edad las ventajas que tiene la familia pequeña para la educación de los hijos

Cuadro 4.15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE CONOCEN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO POR ACTITUD Y RAZONES DE APROBACION O DESAPROBACION HACIA LA LANIFICACION FAMILIAR, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ACTITUD Y RAZONES DE APROBACION O DESAPROBACION HACIA LA PLANIFICACION FAMILIAR	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Actitud Hacia la Planificacion Familiar:								
Aprueba	71.1	78.9	78.9	78.4	73.7	66.5	69.6	74.8
Desaprueba	28.4	21.0	21.0	21.0	26.1	33.4	30.1	24.9
No Sabe	0.6	0.1	0.2	0.6	0.2	0.1	0.3	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	946	932	804	642	510	419	380	4633
Razones de Aprobación:								
Educación Hijos	55.4	61.1	58.6	63.4	63.3	61.4	63.4	60.3
Espaciar-Limitar	38.6	32.2	36.6	33.5	29.7	34.8	30.0	34.2
Salud Madre-Hijo	1.2	1.5	1.7	1.0	2.5	1.6	1.0	1.5
Otras Razones	3.4	3.6	2.1	1.7	4.5	2.3	5.1	3.1
No Determinado	1.5	1.5	1.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.9
Total (Aprueba)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	672	735	634	504	376	279	265	3465
Razones de Desaprobación:								
Razones de Salud	35.1	46.1	45.9	59.6	44.2	37.9	38.7	43.2
Razones Religiosas	42.2	33.4	39.4	32.5	37.4	45.1	40.4	38.8
No Son Seguros	1.4	0.6	2.9	0.8	1.3	0.8	1.0	1.3
No Le Gustan	6.8	11.4	6.9	6.1	10.0	7.5	8.1	8.1
No Necesita	2.3	0.6	2.2	0.0	2.5	3.4	5.0	2.1
Otras	4.1	2.5	1.1	0.2	0.0	0.9	4.0	2.1
No Determinado	8.2	5.3	1.7	0.8	4.5	4.3	3.7	4.6
Total (Desaprueba)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	268	196	169	135	133	140	114	1154

y la libertad de espaciar o limitar los nacimientos que representa la planificación familiar para la mujer.

Entre las razones de desaprobación las más frecuentes son las razones de salud, que adquieren especial importancia en las edades intermedias, y las razones de índole religiosa. En relación a estas últimas es conveniente recordar que, aunque aparecen como una importante causal de desaprobación de la planificación familiar en general, no tenían mayor peso entre las razones personales para no usar anticonceptivos, que se analizaron en la sección 4.7.

En conclusión, en El Salvador existe un ambiente bastante favorable al uso de métodos anticonceptivos. En la minoría de mujeres que expresa desaprobación por la planificación familiar juegan un rol importante las razones de salud, materia que debería ser abordada como parte de las campañas de información.

5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

5.1 Introducción

La estimación de la cobertura del Programa de Planificación Familiar y su efecto en los niveles de fecundidad en los estratos sociales tipificados por área de residencia y nivel educativo, son básicos para el proceso de programación pero éste quedaría inconcluso si no se estudian las necesidades insatisfechas para orientar los objetivos del programa. Los indicadores de estas necesidades insatisfechas en planificación familiar se encuentran al contestar las interrogantes: ¿Cuántas mujeres en unión conyugal que no están usando anticonceptivos, no desean tener más hijos?, ¿Cuántas desearían tener más hijos más adelante, pero no ahora?, ¿Cuánto tiempo desean esperar para tener un (u otro) hijo?

En la presente encuesta se ha tratado de responder a estas interrogantes, para lo cual se obtuvo información sobre el deseo de tener más hijos y, para las mujeres que desean más, sobre el tiempo que les gustaría esperar antes de tener ya sea el primero u otro hijo. Esta información permite estimar la demanda para limitar o espaciar los nacimientos.

Una vez estimada la demanda se procede a combinar los datos sobre preferencias con los datos sobre uso de anticonceptivos, para obtener la estimación de la demanda insatisfecha; o sea el grupo de mujeres que no desean tener un (u otro) hijo, o desean esperar antes de tenerlo, pero que no están usando métodos anticonceptivos. Volver accesibles los métodos anticonceptivos a este grupo de mujeres debe ser un objetivo primario de todo programa de planificación familiar.

La información recolectada también permite estudiar el uso de anticonceptivos en relación con las preferencias reproductivas de los

últimos tres años y estimar la fecundidad no deseada, para evaluar acuánto podría descender la fecundidad de El Salvador si se evitaran los nacimientos no deseados. El resultado sería un indicador del posible impacto demográfico de la planificación familiar.

5.2 Deseo de Limitar los Nacimientos

A todas las mujeres casadas o unidas se les preguntó sobre el deseo de tener hijos. A las que estaban embarazadas al momento de la encuesta se les preguntó si después del niño que estaban esperando deseaban tener otro hijo, y a las que nunca habían tenido, si deseaban tener un hijo. A las que ya habian tenido hijos, que no estaban embarazadas al momento de la entrevista y que no estaban esterilizadas, simplemente se les preguntó si deseaban tener otro hijo. La relación de las respuestas de esta pregunta con el número de hijos vivos se presenta en el cuadro 5.1 incluyendo la categoría **esterilizada** para evitar el sesgo del análisis de preferencias, dada la relativa alta prevalencia de la esterilización en El Salvador.

Cuadro 5.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR INTENCIONES REPRODUCTIVAS, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

DESEO DE TENER MAS HIJOS	NUMERO DE HIJOS VIVOS[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6 ó Más	
Si	85.7	69.9	37.4	16.1	16.0	15.3	14.9	32.4
No Sabe	3.4	5.0	4.5	3.3	6.2	3.6	7.3	4.9
No	9.3	21.8	30.8	27.9	30.0	37.2	47.5	30.9
Esterilizada	1.6	3.2	27.3	52.8	47.9	44.0	30.2	31.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	140	497	751	601	439	242	495	3164

[1]Incluye hijos actualmente vivos y embarazo actual.

Considerando que la decisión de esterilizarse del 31.8 por ciento de las entrevistadas obedece a que ya no deseaban tener más embarazos, se puede afirmar que en términos globales el 62.7 por ciento de las mujeres unidas no desean tener más hijos. Como era de esperar, el porcentaje que desea terminar su carrera reproductiva o efectivamente lo han hecho, aumenta notablemente con el número de hijos vivos, representando el 10.9 por ciento para las mujeres sin hijos, el 25 por ciento para las que tienen uno, el 80.7 por ciento para las que tienen tres y 77.7 por ciento para las que tienen 6 ó más.

Si estas cifras representan efectivamente el sentir de las mujeres, en El Salvador se tendrían ideales de fecundidad del orden de dos hijos por mujer; sin embargo, especialmente en el caso de las mujeres con menos de dos hijos, es difícil aceptar la respuesta como preferencia definitiva y su deseo de no tener más hijos puede estar referido al futuro inmediato.

El deseo de tener hijos no está relacionado solo con el tamaño de la familia o número de hijos vivos, sino que depende en gran medida de la edad de la mujer, razón por la cual se presenta esa relación en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR INTENCIONES REPRODUCTIVAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD

DESEO DE TENER MAS HIJOS	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Si	66.3	57.9	33.9	20.3	16.2	14.4	7.7	32.4
No Sabe	6.3	4.6	4.9	4.7	7.1	3.8	2.7	4.9
No	26.5	24.5	27.6	25.9	31.5	37.6	57.5	30.9
Esterilizada	0.9	13.0	33.6	49.1	45.2	44.3	32.2	31.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	296	617	648	547	435	338	284	3164

Como era de esperar, los resultados demuestran que a menor edad de la mujer se encuentra un mayor deseo de tener hijos. Sin embargo, y sin dejar de considerar el posible sesgo del cuadro anterior, llama la atención que el 27.4 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años y el 37.5 por ciento de las de 20 a 24 años declaren no desear más hijos. Estos resultados complementados con el hecho que a partir del grupo 25-29 años el porcentaje de mujeres que desea limitar los nacimientos o están esterilizadas excede ampliamente el 50 por ciento, estarían indicando un deseo de terminar la fecundidad a edades relativamente tempranas.

Independientemente de la confiabilidad que puedan tener las respuestas a la pregunta sobre el deseo de tener hijos es importante considerar la relativa alta proporción de esterilizadas entre las mujeres actualmente en unión conyugal con tres o más hijos y entre las mayores de 25 años. Las mujeres casadas o unidas que no desean tener más hijos o que están esterilizadas se clasifican por área de residencia y nivel educativo en el cuadro 5.3, controlado por el número de hijos vivos.

Las cifras según área de residencia indican un mayor deseo de limitar los nacimientos entre las mujeres del área urbana respecto a la rural, pero esta diferencia es mucho menor a las encontradas en el análisis de la fecundidad histórica o el uso de anticonceptivos, lo que consituye un primer indicador de que existe una mayor demanda insatisfecha en el área rural.

Al analizar las cifras según nivel educativo, la primera conclusión a que llevan los totales es que la proporción de mujeres sin educación que no desean más hijos (65.4 por ciento), es mayor que la proporción que no desea entre las mujeres con educación media o superior (58.3 por ciento). Sin embargo, para un examen más cuidadoso hay que tomar en cuenta que las mujeres de menor nivel educativo tienen mayor fecundidad.

Al analizar individualmente los estratos de mujeres por número de hijos se observa que entre las nulíparas parecería haber un mayor deseo de no tener hijos entre las menos educadas. Entre las que sólo tienen un hijo

Cuadro 5.3

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE NO DESEAN MAS HIJOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

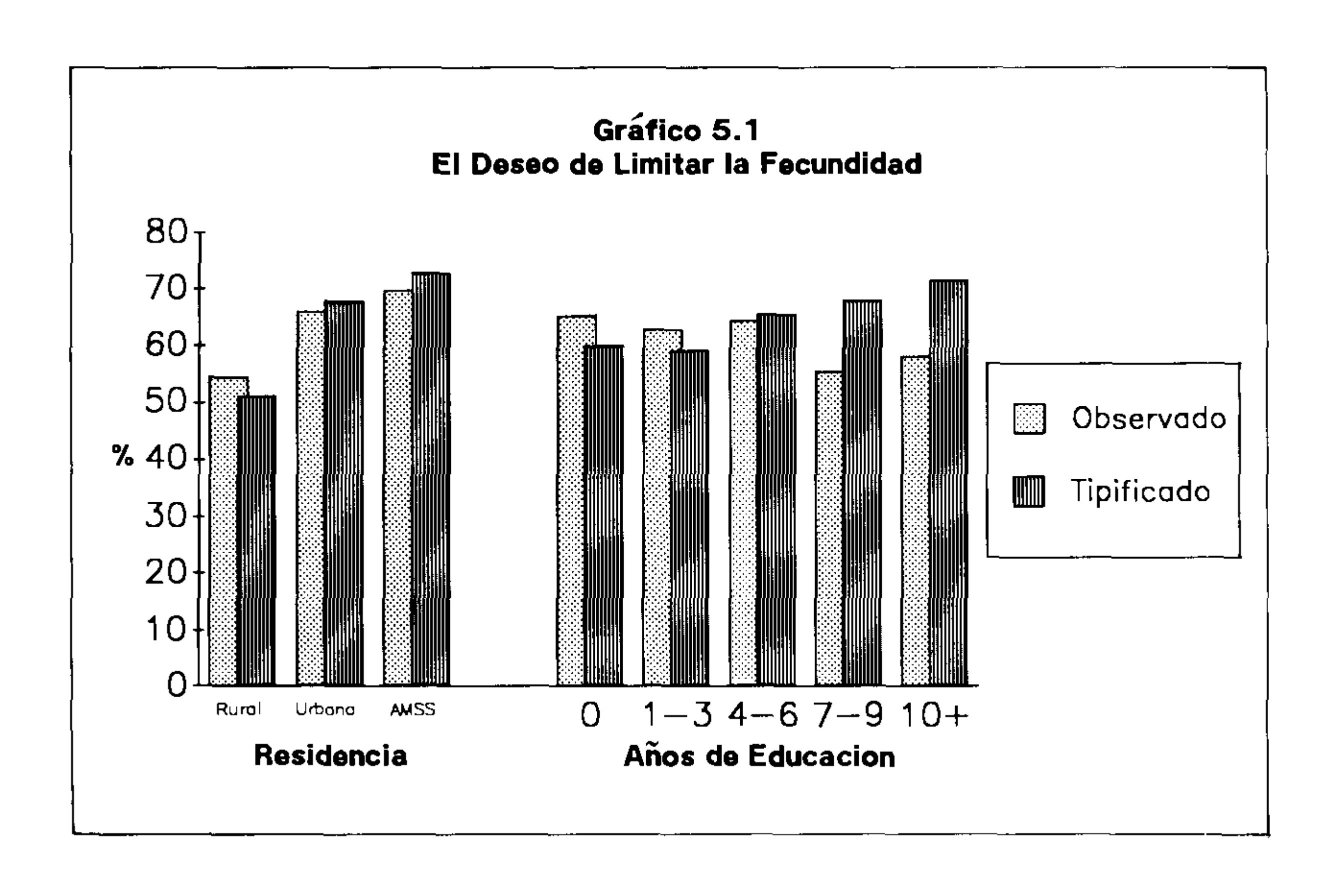
AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	NUMERO DE HIJOS VIVOS[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6 ó Más	
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	5.3	27.5	70.6	87.6	94.5	90.4	96.3	69.9
Resto Urbano	16.9	26.4	56.4	89.4	86.6	91.1	87.9	66.1
Area Rural	9.3	20.4	44.3	63.5	62.4	72.8	69.6	54.7
Nivel Educativo:								
Sin Educación	21.1	27.1	56.3	73.5	72.8	83.4	71.5	65.4
Básica 1-3	10.9	24.7	53.2	73.4	70.6	76.0	82.2	63.1
Básica 4-6	5.4	24.8	53.8	86.1	87.3	84.7	88.8	64.6
Básica 7-9	0.0	25.4	66.2	90.0	-	-	-	55.6
Media y Superior	13.8	24.4	65.3	88.7	95.2	-	-	58.3
Total	10.9	25.1	58.1	80.7	77.8	81.1	77.8	62.7
(N)	140	497	751	601	439	242	495	3164

[1]Incluye hijos actualmente vivos y embarazo actual. Para los cálculos se incluyen las mujeres esterilizadas.

no se observan diferencias significativas por nivel educativo, pero a partir de las mujeres con dos hijos el deseo de no tener más hijos aumenta con el nivel educativo.

Lo anterior indica que para resumir las diferencias para los estratos poblacionales es necesario usar medidas estandarizadas de acuerdo al número de hijos vivos. Los resultados de estos cálculos, usando como patrón estandar la distribución del número de hijos sobrevivientes en el total de la muestra, aparecen en el gráfico 5.1.

Como puede apreciarse, al remover la influencia del número de hijos sobrevivientes, surge con claridad una mayor tendencia a desear limitar los nacimientos entre las mujeres con mayor educación y en las áreas urbanas.



5.3 Deseo de Espaciar los Nacimientos

En la década de los sesenta, cuando era evidente la explosión demográfica en El Salvador, era razonable encontrar que los pioneros de la planificación familiar y al principio de la siguiente década los administradores de los programas se hayan preocupado principalmente por promover el uso de anticoncepción entre las mujeres de alta paridez, por la serie de riesgos que en salud materno infantil significa el reducido espaciamiento entre los nacimientos, riesgos que aumentan en relación directa a la edad. Así, la demanda y oferta de servicios de anticoncepción se han movido en forma preferente a la limitación de los nacimientos, prestando menos atención al posible uso de anticonceptivos para espaciarlos. Sin embargo, en el pasado reciente, el enfoque del programa de planificación familiar se ha reorientado tanto a reforzar la importancia de espaciar los nacimientos, como a limitarlos bajo el concepto de paternidad responsable.

Por estas razones, a las mujeres embarazadas que deseaban tener otro hijo después del que estaban esperando y a todas las casadas o unidas no esterilizadas que deseaban tener un (u otro) hijo, se les preguntó cuánto tiempo quisieran esperar para tenerlo. Los resultados se presentan en el cuadro 5.4.

La pregunta se enfocó a investigar el tiempo que las mujeres prefieren esperar para el parto del próximo hijo deseado, pero existe la posibilidad que algunas entrevistadas interpretaran la pregunta como el tiempo de espera para buscar el embarazo. Independientemente de la interpretación, es evidente que alrededor del 70 por ciento de las informantes desea esperar dos ó más años. En cada categoría de número de hijos vivos se observan porcentajes similares al total, excepto las mujeres unidas sin hijos entre quienes el 80 por ciento prefieren tener el primer embarazo en los primeros años de unión.

Cuadro 5.4

DISTRIBUCION DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE DESEAN TENER OTRO HIJO, POR TIEMPO DE ESPERA PREFERIDO, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

TIEMPO DE ESPERA PREFERIDO (ANOS)	NUMERO DE HIJOS VIVOS[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6 ó Más	
Menos de 1 Año	39.4	6.2	4.7	9.4	10.6	3.9	7.7	10.3
1	40.1	18.0	18.3	17.9	17.5	16.4	16.0	20.4
2	14.2	23.6	28.1	29.4	27.0	33.4	41.7	26.2
3	1.7	19.7	21.5	22.3	22.9	20.1	15.7	18.3
4	0.0	11.8	11.3	7.0	8.0	3.1	6.5	8.9
5 o Más	2.0	17.7	12.5	7.8	8.8	16.4	7.3	12.1
No Determinado	2.6	3.1	3.7	6.3	5.3	6.8	5.1	3.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	120	347	281	97	70	37	74	1025

[1]Incluye hijos actualmente vivos y embarazo actual.

Estos resultados confirman la existencia de una significativa demanda potencial de anticonceptivos temporales para espaciar los nacimientos.

5.4 El Número Ideal de Hijos

A la pregunta **¿Si pudiera escoger exactamente el número de hijos a tener en toda su vida, cuántos tendría?**, es de esperar respuestas eminentemente subjetivas. Los resultados se presentan en el cuadro 5.5.

Cuadro 5.5

OISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTAOAS, POR NUMERO IDEAL OE HIJOS QUE DESEAN TENER, SEGUN NUMERO OE HIJOS VIVOS

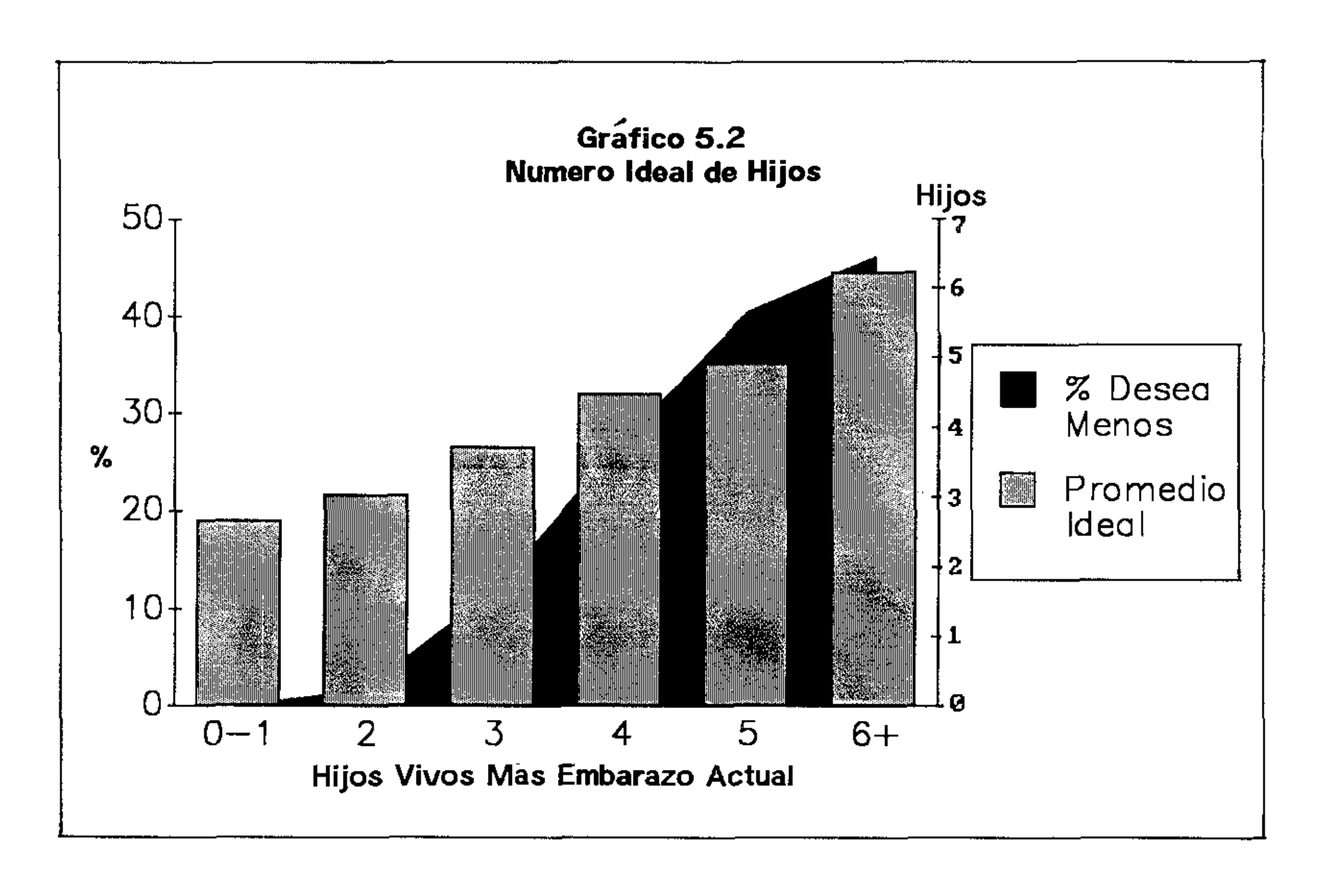
NUMERO IDEAL DE HIJOS	NUMERO DE HIJOS VIVOS[1]						Total
	0-1	2	3	4	5	6 ó Más	
0-1	7.1	1.7	1.7	1.0	1.4	0.5	3.7
2	42.5	29.5	10.2	12.3	9.4	5.7	26.7
3	32.9	43.7	46.2	13.5	21.7	19.3	32.6
4	7.4	14.8	18.9	31.9	7.9	10.8	13.1
5	2.6	5.1	10.3	17.1	22.8	9.8	7.5
6 o Más	3.0	3.1	10.8	21.8	33.7	48.2	12.8
No Determinado	4.4	2.1	1.9	2.5	3.2	5.8	3.6
Total	100	100	100	100	100	100	100
Promedio	2.67	3.05	3.74	4.5	4.93	6.24	3.6
(N)	2183	893	734	506	299	592	5207

[1]Incluye hijos actualmente vivos y embarazo actual.

El promedio ideal encontrado es de 3.6 hijos, pero las respuestas modales son de 3 en primera instancia y 2 en segunda, con 32.6 por ciento y 26.7 respectivamente. Los datos según categoría de número de hijos indican que existe una alta correlación entre el número de hijos vivos y el ideal de hijos, que puede explicarse por las razones que se discuten a continuación.

En primer lugar, en la medida en que las mujeres actuén de acuerdo a sus preferencias, las que desean familias grandes tendrán más hijos. En segundo lugar, las mujeres pueden ajustar su número ideal de hijos a medida que tienen más niños, racionalizando la fecundidad alcanzada. En tercer lugar, también es posible que las mujeres con familias numerosas, al ser de mayor edad, prefieren un mayor número de hijos por actitudes que adquirieron hace veinte o más años.

A pesar de la correlación anterior y su posible explicación, es importante observar la proporción de mujeres que expresan ideales menores que el número de hijos vivos que tienen. Esta tendencia se aprecia claramente en gráfico 5.2. En el gráfico se ha presentado, junto al promedio, la proporción de mujeres que cae por encima de la diagonal en el cuadro 5.5. Así se encuentra que la proporción de mujeres que habrían querido tener menos hijos es una cuarta parte de las que tiene 4 hijos vivos, de un tercio de las que tienen 5, y más de la mitad de las que tienen 6 o más hijos.



Los resultados presentados en el cuadro 5.6 denotan que el ideal de hijos aumenta de manera uniforme con la edad de las mujeres, de 2.7 para las de 15 a 19 años, a 5.0 para las de 45-49 años. Esta tendencia puede obedecer tanto a una disminución de los ideales de fecundidad en el tiempo, como a una tendencia de las mujeres a racionalizar la fecundidad alcanzada.

Cuadro 5.6

PROMEDIO DE HIJOS QUE DESEAN TENER LAS MUJERES ENTREVISTADAS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	GRUPOS DE EDAD							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Area de Residencia:								
Area Metropolitana	2.36	2.61	2.94	3.15	3.23	3.99	4.56	2.96
Resto Urbano	2.66	2.89	3.24	3.65	4.22	4.08	4.24	3.36
Area Rural	3.18	3.59	4.58	4.64	5.58	5.82	5.88	4.42
Nivel Educativo:								
Sin Educación	3.21	3.60	4.33	4.55	5.58	5.34	5.87	4.74
Básica 1-3	3.21	3.36	4.12	4.26	4.59	5.39	5.22	4.13
Básica 4-6	2.65	3.13	3.31	3.63	3.67	3.58	3.93	3.25
Básica 7-9	2.56	2.65	3.03	2.60	3.08	3.06	2.70	2.69
Media y Superior	2.44	2.57	2.68	2.86	2.76	2.94	3.12	2.64
Total	2.74	3.03	3.61	3.80	4.40	4.71	4.95	3.60
(N)	1182	990	822	673	531	424	399	5021

Nota: El total excluye los casos con ideal de hijos no determinado.

A pesar de la tendencia observada, en todos los grupos de edad se encuentran diferencias consistentes según área de residencia y nivel educativo que reflejan ideales de menos hijos en las áreas urbanas y entre las mujeres de mayor educación. Ahora bien, bajo el supuesto que el grupo de 20-24 años está poco influído por la racionalización de la fecundidad pasada, es relevante destacar las diferencias encontradas en este grupo. El promedio del ideal de hijos aumenta de 2.6 en el área

metropolitana de San Salvador a 3.6 en el área rural. Respecto al nivel educativo las diferencias son similares ya que pasa de 2.6 para las de educación media y superior a 3.6 para las mujeres sin educación. Así los resultados permiten inferir que si bien es cierto que el ideal de la familia pequeña ha sido adoptado por una significativa proporción de mujeres, tanto la accesibilidad geográfica a los servicios de salud y planificación familiar, como al sistema educativo, son determinantes que hacen que persistan diferencias del orden de un hijo por mujer en el número promedio ideal de hijos entre los extremos de las categorías educativas y entre el área urbana y rural.

5.5 Preferencias y Uso Actual de Anticonceptivos

En esta sección se re-examinan los datos sobre uso de anticonceptivos a la luz de las preferencias subjetivas de las propias mujeres sobre el número y espaciamiento de los hijos. Los resultados para las casadas o unidas, independientemente de su nivel de exposición, se presenta en el cuadro 5.7 y una estimación más refinada se presenta en el cuadro 5.8 restringiendo las cifras a las mujeres efectivamente expuestas.

La proporción que no usa anticonceptivos disminuye en la medida que aumenta la motivación para espaciar o limitar los nacimientos. En efecto, las cifras más altas se encuentran entre las mujeres que no están seguras de sus preferencias y las que desean otro hijo a un corto tiempo, disminuye al pasar al grupo que desea esperar uno o más años, y vuelve a disminuir en forma más marcada, al pasar al grupo que no desea más hijos, el cual incluye a las mujeres esterilizadas. Estos resultados permiten afirmar que la demanda insatisfecha por el programa de planificación familiar es del orden de los dos tercios de las mujeres que desean espaciar los nacimientos y alrededor del 38 por ciento de las que desean limitar la fecundidad.

La tendencia global se observa también en cada uno de los estratos poblacionales por área de residencia y por nivel educativo, con las diferencias ya esperadas. Así, la demanda insatisfecha para espaciar como para limitar la fecundidad es significativamente menor en el área

Cuadro 5.7

PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS Y QUE DESEAN TENER OTRO(S) HIJO(S), POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN INTENCIONES REPRODUCTIVAS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	INTENCIONES REPRODUCTIVAS				
	No Está Segura	Desea Más Hijos		No Desea Más Hijos	Total
		Próximos 12 Meses	Después de 12		
Area de Residencia:					
Area Metropolitana	62.3	63.7	51.9	27.1	36.5
Resto Urbano	88.9	79.7	62.5	33.1	47.3
Area Rural	96.0	92.6	79.8	52.D	69.0
Nivel Educativo:					
Sin Educación	100.0	93.9	80.1	48.3	63.3
Básica 1-3	90.3	88.3	72.7	42.5	57.9
Básica 4-6	87.9	82.2	69.8	28.0	45.5
Básica 7-9	71.3	76.3	55.5	34.1	49.0
Media y Superior	69.2	55.3	45.6	24.7	36.1
Total	89.5	82.8	66.1	37.7	52.7
(N)	156	623	402	1984	3164

metropolitana de San Salvador y entre las mujeres con más educación. Entre las mujeres del área rural y las sin educación se encuentra que no están usando anticonceptivos alrededor del 50 por ciento de las que no desean más hijos y de un 80 por ciento entre las que desean posponer el próximo. La comparación según lugar de residencia se aprecia en el gráfico 5.3.

Para estimar la necesidad del uso de anticonceptivos debe tomarse en cuenta el grado de exposición de las mujeres al riesgo de embarazo. A fin de determinar la sobreestimación de la demanda insatisfecha al incluir mujeres que realmente no están expuestas al riesgo en las cifras del cuadro 5.7 y en el gráfico 5.3, se presenta en el cuadro 5.8 una tabulación similar restringida a las mujeres efectivamente expuestas

Cuadro 5.8

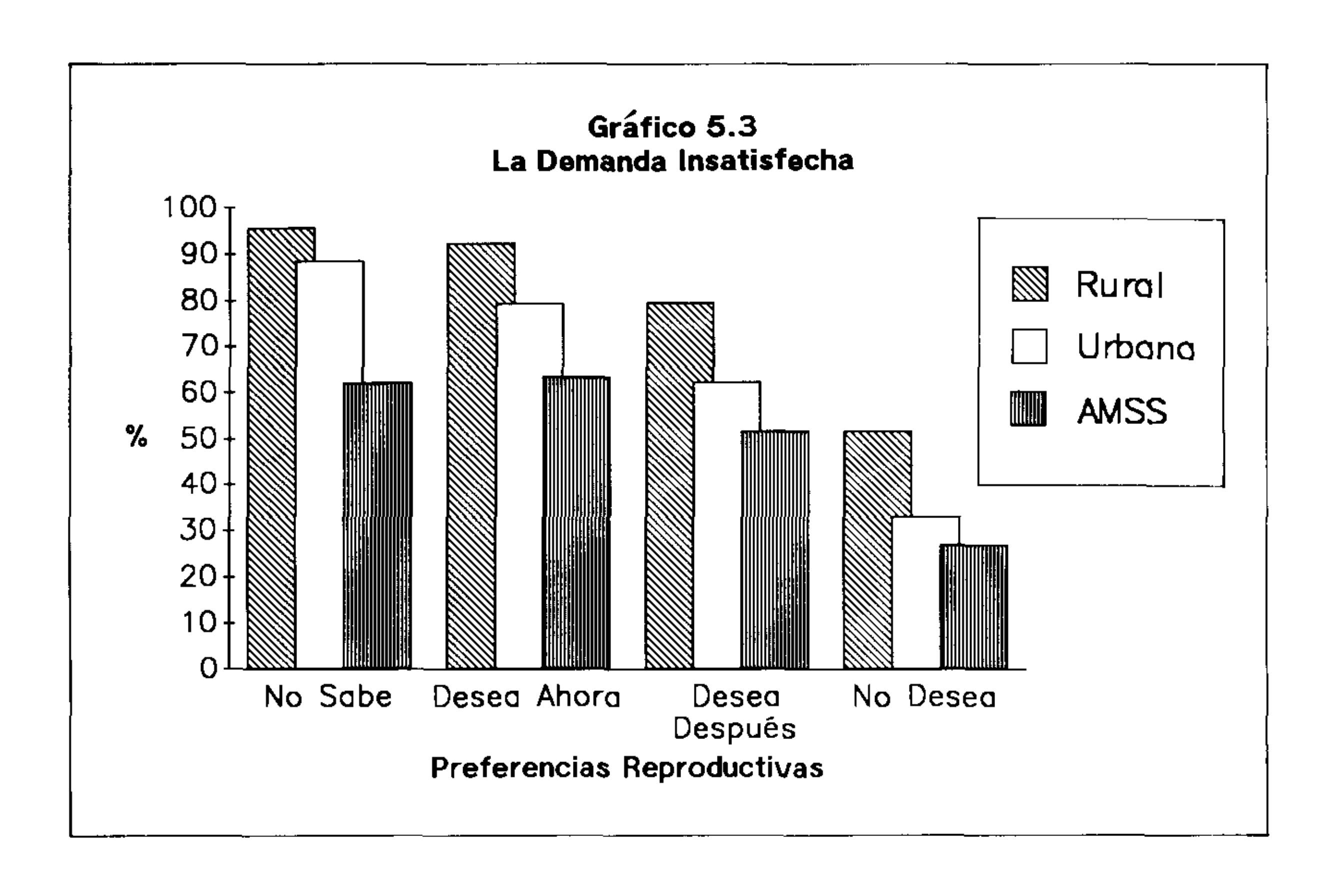
PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGUN INTENCIONES REPRODUCTIVAS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	INTENCIONES REPRODUCTIVAS			
	Desea Más Hijos		No Desea Más Hijos	Total
	Próximos 12 Meses	Después de 12		
Area de Residencia:				
Area Metropolitana	48.1	26.1	7.3	17.3
Resto Urbano	62.7	30.4	13.9	26.1
Area Rural	85.1	48.2	21.6	44.0
Nivel Educativo:				
Sin Educación	84.1	42.3	21.0	38.0
Básica 1-3	81.0	45.4	15.6	35.6
Básica 4-6	62.3	44.6	11.7	23.6
Básica 7-9	64.4	26.5	7.1	25.7
Media y Superior	41.5	13.7	9.2	19.0
Total	68.4	34.4	13.9	29.2
(N)	295	156	926	1424

Nota: Para efectos de comparación, se incluyen en el total 47 mujeres que no están seguras si desean más hijos, entre las cuales hay 32 que no usan anticonceptivos.

La distribución de las mujeres expuestas, según sus preferencias reproductivas es muy semejante a la distribución del total de mujeres casadas o unidas. El 20.7 por ciento de las mujeres desean el hijo en los próximos 12 meses y alrededor del 11 por ciento desea esperar uno o más años para tenerlo.

La variación del porcentaje que no usa anticonceptivos de acuerdo a sus preferencias es también semejante a la observada entre todas las mujeres casadas o unidas, pero la estimación de la demanda insatisfecha resulta menor como era de esperar al excluir las mujeres que objetivamente no necesitan usar anticonceptivos.



El resumen comparativo de las estimaciones de demanda insatisfecha es el siguiente:

Preferencias	Unidas conyugalmente	Expuestas
Desean espaciar uno o más años	66.1	34.4
Desean limitar la fecundidad	37.7	13.9

Estos resultados indican que si bien es cierto que en El Salvador el Programa de Planificación Familiar ha tenido resultados positivos en la cobertura de la demanda efectiva para limitar o espaciar los nacimientos, se requieren mayores esfuerzos para ampliar la cobertura entre las mujeres del área rural y sin educación, entre quienes existe una demanda insatisfecha, sobre todo para espaciar los nacimientos.

5.6 Preferencias y Uso Reciente de Anticonceptivos

Para este análisis se ha seleccionado un período de referencia de tres años bajo el supuesto que en este tiempo se han dado la mayoría de los acontecimientos del penúltimo y último hijo nacido vivo, y así tener una muestra representativa de todos los nacimientos ocurridos en un período reciente.[1]

Tanto a las mujeres embarazadas en el momento de la entrevista como a aquellas que tuvieron su penúltimo hijo nacido vivo a partir de 1980, se les aplicaron las siguientes preguntas: si usaba o no anticonceptivos durante los seis meses anteriores al embarazo y, en caso afirmativo, si quedó embarazada mientras los usaba. A estas mujeres se les preguntaba entonces que método estaba usando, si antes de salir embarazada deseaba tener otro hijo y si deseaba el embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo.

Con los datos obtenidos se ha construído el cuadro 5.9, que representa una completa descripción del uso de anticonceptivos y las preferencias de fecundidad para los nacimientos ocurridos en los últimos tres años y el embarazo actual, según el orden del nacimiento.

Cada uno de los acontecimientos ha sido clasificado en términos del uso de anticonceptivos en los seis meses inmediatos anteriores al embarazo, y dentro de las categorias de uso, en términos del deseo del hijo en ese momento, después, o no deseo.

Tal como era de esperar, del total de los nacimientos recientes, la mayoría (85.9 por ciento) corresponde a casos en que la mujer no estaba usando anticonceptivos antes del embarazo, y dentro de ellas el 44.3 por ciento corresponde a hijos deseados en ese momento. El restante 38 por ciento está integrado por los acontecimientos que se deseaban posponer o limitar y en consecuencia representan instancias de demanda insatisfecha.

[1]Si se tomaran todos los últimos y penúltimos nacimientos cualquiera que fuera su fecha de ocurrencia, las mujeres de alta fecundidad quedarían subrepresentadas.

Cuadro 5.9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIMIENTOS OCURRIDOS, POR SITUACION DE USO DE ANTICONCEPTIVOS E INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LAS MADRES, SEGUN ORDEN DEL NACIMIENTO

SITUACION DE USO DE ANTICONCEPTIVOS E INTENCIONES REPRODUCTIVAS	ORDEN DEL NACIMIENTO					Total
	1	2	3	4	5 o Más	
No Usó Anticonceptivos:						
Deseado Entonces	57.7	45.1	38.9	41.3	34.8	44.3
Deseado Después	15.4	17.1	16.2	18.6	13.7	15.8
No Deseado	15.0	15.6	21.9	22.9	35.1	22.2
No Sabe	2.1	1.9	2.7	2.6	7.8	3.6
Interrumpió el Uso:						
Deseado Entonces	4.9	9.9	8.2	5.7	3.0	6.2
Deseado Después	2.0	4.1	0.8	2.2	0.9	2.0
No Deseado	1.0	1.2	3.6	2.1	1.7	1.7
No Sabe	0.1	0.1	0.3	0.2	0.0	0.1
Estaba Usando:						
Deseado Entonces	0.3	1.0	2.4	1.0	1.1	1.0
Deseado Después	0.9	0.9	1.8	0.5	0.6	0.9
No Deseado	0.4	3.2	3.3	2.4	1.5	2.0
No Sabe	0.2	0.1	0.0	0.5	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	598	554	357	236	605	2350

Nota: Incluye nacimientos ocurridos en los últimos tres años y embarazo actual.

El segundo subgrupo corresponde a los nacimientos (10 por ciento) de mujeres que interrumpieron el uso de anticonceptivos, entre los cuales la mayoría de éstos, (6.2 por ciento), son acontecimientos deseados en esa oportunidad. El restante 3.7 por ciento constituye instancias en que la interrupción del uso frustra la intención de la mujer de espaciar o evitar un nacimiento, independientemente de la razón por la cual fue suspendido el uso.

El tercer subgrupo (4 por ciento) está formado por los nacimientos que ocurrieron mientras la mujer estaba usando anticonceptivos. El hecho que un cuarto de ellas manifestara que el hijo tenido era deseado en ese momento se considera como una racionalización de la fecundidad. Para el resto, la mayoría fue falla de limitación.

En cierto modo no es sorprendente encontrar bajos porcentajes de uso de anticonceptivos en los intervalos estudiados, justamente porque el método más usado en El Salvador es la esterilización femenina, que por su naturaleza irreversible evita las descontinuaciones y que por su alta eficacia previene los nacimientos no deseados.

El resumen de la distribución de preferencias según orden de nacimiento se presenta en el cuadro 5.10. Para poder comparar con futuras encuestas sobre deseo y oportunidad de nacimientos a nivel nacional así como a nivel internacional con las realizadas por el programa comparativo de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), se ha restringido el análisis a los nacimientos ocurridos en los últimos 12 meses.

Las cifras del presente cuadro confirman la estimación de que sólo el 50 por ciento de los nacimientos recientes son deseados en su oportunidad y que en el 50 por ciento restante predomina la proporción de nacimientos que las madres hubieran deseado evitar sobre los que habrían deseado posponer. Sin embargo, el deseo de espaciar o limitar varía de acuerdo al orden del nacimiento. Entre los del primero y segundo orden predominan los que las mujeres desean espaciar, en cambio, a partir del nacimiento del tercer orden predominan los nacimientos que la mujer habría querido evitar.

5.7 La Fecundidad No Deseada

En las secciones anteriores se ha abordado el tema de la fecundidad no deseada. En esta sección se completa el análisis de las preferencias de fecundidad usando la información sobre el deseo de tener hijos, recolectada para los últimos y penúltimos nacimientos, para calcular tasas de fecundidad deseada en un período reciente.

Cuadro 5.10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES, POR INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LA MADRE SEGUN ORDEN DEL NACIMIENTO

INTENCIONES REPRODUCTIVAS	ORDEN DEL NACIMIENTO					Total
	1	2	3	4	5 o Más	
Deseado Entonces	58.7	55.0	48.5	40.1	43.4	50.3
Deseado Después	22.0	21.3	14.6	28.4	13.4	19.2
No Deseado	16.8	20.7	33.4	28.0	36.2	26.5
No Sabe	2.5	3.0	3.5	3.5	7.0	4.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	163	149	104	71	165	654

El método de cálculo es idéntico al empleado en el capítulo 3 para estimar las tasas de fecundidad por edad para los últimos años, excepto que los nacimientos se clasifican no sólo de acuerdo a la edad, sino también de acuerdo a si antes del embarazo la mujer deseaba tener más hijos o no; y como de esta variable sólo existen datos disponibles para los dos últimos nacimientos de cada mujer, es necesario restringir el período de referencia a tres años, tal como en la sección anterior.

La fecundidad global de 4.2 hijos por mujer para los últimos tres años se puede descomponer en un total de 3.1 hijos deseados y 1.1 no deseados (cuadro 5.11). La cifra de 3.1 representaría el nivel de fecundidad que se observaría en El Salvador si fuese posible evitar los nacimientos no deseados y la diferencia de esta tasa con la efectivamente observada, la estimación teórica del grado en que sería posible reducir la fecundidad sin cambiar las actitudes de las mujeres, manteniendo la distribución por área de residencia y nivel educativo únicamente satisfaciendo en su plenitud la demanda existente para limitar los nacimientos.

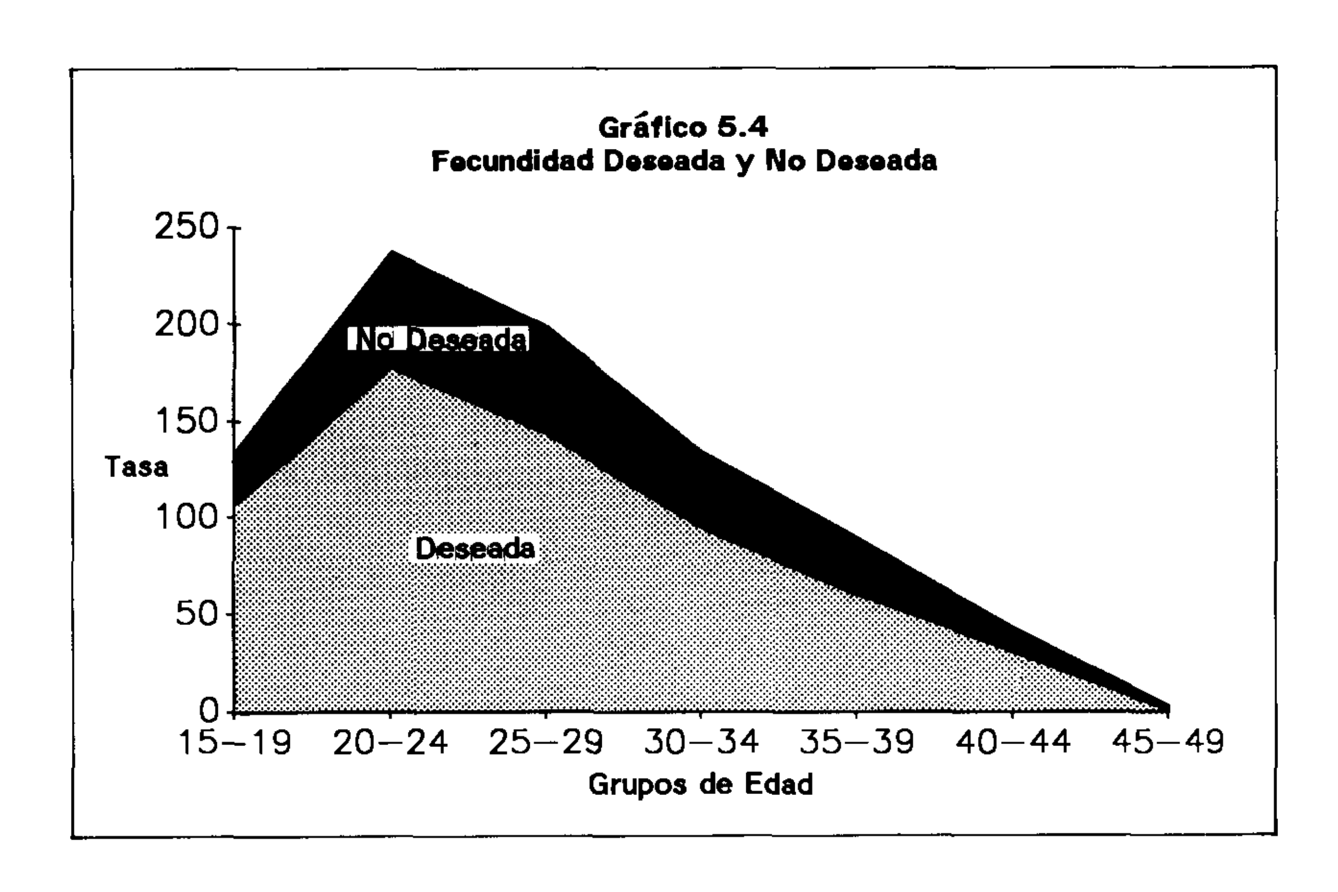
Cuadro 5.11

TASAS ESPECIFICAS Y TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y TOTAL PARA LOS TRES ANOS ANTERIORES A LA ENCUESTA

Grupo de Edad	Años-Mujer de Exposición	Nacimientos			Tasa Especifica		
		Deseado	No-Deseado	Total	Deseado	No-Deseado	Total
15-19	3564	378	102	479	105.9	28.5	134.5
20-24	2937	523	175	698	178.1	59.7	237.8
25-29	2351	337	131	468	143.5	55.7	199.1
30-34	1942	184	78	262	94.8	40.1	134.9
35-39	1598	97	46	143	61.0	28.8	89.8
40-44	1280	40	16	55	31.2	12.1	43.4
45-49	809	1	2	3	1.4	2.3	3.7
Total	14479	1561	549	2109	107.8	37.9	145.7
Tasa Global de Fecundidad					3.08	1.14	4.22

En el gráfico 5.4 se aprecia con mayor claridad el patrón por edad de la fecundidad deseada y no deseada. Las tasas indican que los nacimientos no deseados se concentran en las edades de 20-29 años, aunque en términos relativos es mayor la proporción que representa la fecundidad de las mujeres de 30-39 años. Esto sugiere que cualquier intento serio por disminuir la fecundidad no deseada debe dirigirse con más énfasis a las mujeres relativamente jóvenes.

Para finalizar el análisis de la fecundidad se ha preparado el cuadro 5.12 en el cual se presentan las tasas globales de fecundidad deseada, no deseada y total según región de residencia y nivel educativo. La tasa global aparece con fines de referencia por basarse sólo en los últimos 3 años, pero sigue las mismas tendencias de las tasas totales para los últimos 5 años estudiados en el capítulo 3.



Tal como era de esperar, los resultados indican que la fecundidad no deseada es mucho más alta en las áreas rurales que en el área metropolitana de San Salvador; en el resto urbano, las tasas ocupan una posición intermedia. La diferencia en términos del nivel educativo es mucho más marcada, ya que la fecundidad no deseada de las mujeres sin educación es prácticamente el triple de la observada en las mujeres con educación media y superior.

Todos los indicadores considerados en este estudio confirman de este modo la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar para los estratos sociales del área rural y sin educación.

Por su parte las cifras de fecundidad deseada indican que aunque fuese posible evitar todos los nacimientos no deseados, persistirían diferencias importantes de fecundidad entre los distintos estratos socio-económicos. En efecto, los cálculos indican que el nivel de fecundidad global deseada de 3.08, correspondería a una tasa de 2.31 en el área metropolitana, junto a una tasa del área rural de 4.25 hijos por mujer. Algo similar ocurriría en términos del nivel educativo, ya que las mujeres sin educación tendrían más de 4 hijos en promedio comparado con las de educación media o superior que tendrían menos de 2 hijos.

Cuadro 5.12

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y TOTAL POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD		
	Deseada	No Deseada	Total
Area de Residencia:			
Area Metropolitana	2.31	0.85	3.16
Resto Urbano	2.53	1.10	3.63
Area Rural	4.25	1.42	5.67
Nivel Educativo:			
Sin Educación	4.26	1.47	5.73
Básica 1-3	3.33	1.59	4.92
Básica 4-6	2.86	0.99	3.85
Básica 7-9	2.90	0.58	3.48
Media y Superior	1.90	0.51	2.40
Total	3.08	1.14	4.22

6. MORTALIDAD Y SALUD

6.1 Introducción

La presentación de los resultados de FESAL-85 concluye con un análisis de la mortalidad infantil y de algunos indicadores de salud materno-infantil, temas relevantes en el estudio de la dinámica de la población y en una concepción integral de la planificación familiar en El Salvador.

En primer término se presentan estimaciones de los niveles de mortalidad infantil en los años inmediatamente anteriores a la encuesta, incluyendo el análisis de diferenciales por región de residencia y nivel educativo. Esta última información es particularmente relevante en la medida en que permite identificar los sectores de la población con alto riesgo de mortalidad infantil.

El análisis de la salud materno-infantil descansará en tres indicadores claves: el tipo de atención del embarazo y del parto, el grado en que los menores de cinco años han recibido en forma oportuna las distintas vacunas recomendadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y la incidencia y tratamiento de la diarrea infantil, que constituye un importante problema de salud pública.

6.2 La Mortalidad Infantil

En la historia truncada de nacimientos recolectada en FESAL-85, para todos los niños nacidos entre Enero de 1980 y la fecha de la entrevista se preguntó si continuaban con vida al momento de la entrevista y, en caso negativo, la edad que tenían al morir. Con estos datos es posible calcular una tabla de vida para los menores de cinco años y estimar directamente la mortalidad en el primer año de vida de los niños nacidos entre uno y cinco años antes de la encuesta.

En el cuadro 6.1 se presentan los cálculos para todos los niños nacidos en los últimos cinco años según sexo y edad del niño.[1]

Los resultados indican una probabilidad de morir en el primer año de vida ($_1q_0$) de 71 por mil y una probabilidad de morir en los cuatro años siguientes para los que sobreviven el primer año ($_4q_1$) de 29 por mil, lo que produce una mortalidad acumulada hasta los cinco años de 98 muertes por cada mil nacimientos. Tanto la mortalidad infantil como la mortalidad en la niñez son substancialmente más altas entre los hombres que entre las mujeres, como es habitual.

Las tasas específicas muestran en forma clara cómo las muertes infantiles se concentran en el primer mes de vida y la rapidez con que disminuye el riesgo de morir con la edad del niño. Así, tenemos que la mortalidad neonatal representa entre un tercio y casi la mitad de las muertes infantiles (un 45 por ciento entre los hombres y un 36 por ciento en las mujeres).

---

[1]Para el cálculo de estos cuadros se clasifican todas las muertes de menores de cinco años según el sexo del niño y su edad al morir, usando los tramos que aparecen en el cuadro y luégo se acumula el tiempo vivido por todos los niños en cada tramo de edad entre el nacimiento y la fecha de muerte o la fecha de entrevista. Por ejemplo un niño nacido seis meses antes de la entrevista contribuye un mes al primer tramo, dos al segundo y tres al tercero. Con estos datos se calculan tasas de mortalidad en cada edad, dividiendo las muertes por el tiempo de exposición.

Existen varios métodos para construir una tabla de vida a partir de las tasas de mortalidad. El método usado aquí consta de tres etapas. Primero se calcula el riesgo acumulado de morir sumando el producto de cada tasa específica por el ancho del tramo correspondiente en meses. Luego se calcula la función de sobrevivencia exponenciando el riesgo acumulado con signo negativo. Finalmente se calcula la probabilidad acumulada de morir como el complemento de la sobrevivencia.

Para las tasas totales del cuadro 6.1 el riesgo **acumulado** en el primer año de vida es:

$$0.029 - 2(0.0079) - 3(0.0043) - 6(0.0026) = 0.0773;$$

luego la **probabilidad de sobrevivir** hasta cumplir un año se calcula como:

$$\exp(-0.0773) = 0.929,$$

y la **probabilidad de morir** en el primer año de vida es:

$$1-0.929 = 0.071$$

o 71 muertes por cada mil nacimientos.

Cuadro 6.1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NINEZ
SEGUN SEXO Y EDAD DEL NIÑO

Sexo y Edad	Muertes Según Edad	Niños-Meses de Exposición	Tasa de Mortalidad	Mortalidad Acumulada
Hombres				
Menos de 1 Mes	48	1395	34.3	33.7
1- 2 Meses	21	2667	8.0	49.1
3- 5 Meses	22	3717	5.8	65.6
6-11 Meses	12	6596	1.8	75.4
1 Año	20	10644	1.9	96.5
2- 4 Años	3	14344	0.2	103.5
Mujeres				
Menos de 1 Mes	33	1418	23.4	23.1
1- 2 Meses	21	2738	7.5	37.6
3- 5 Meses	10	3888	2.7	45.3
6-11 Meses	23	7005	3.3	64.0
1 Año	11	11404	0.9	74.3
2- 4 Años	6	15910	0.4	87.2
Total				
Menos de 1 Mes	81	2790	29.0	28.6
1- 2 Meses	42	5335	7.9	43.8
3- 5 Meses	32	7433	4.3	56.0
6-11 Meses	35	13192	2.6	70.8
1 Año	31	21289	1.5	86.9
2- 4 Años	9	28689	0.3	97.5

Nota: Las tasas de mortalidad han sido calculadas con base a los nacimientos ocrridos en los últimos cinco años.

En el cuadro 6.2 se presentan estimaciones directas de la mortalidad infantil, basadas exclusivamente en los nacimientos ocurridos entre uno y cinco años antes de la encuesta. Como todos estos niños han estado expuestos al riesgo de morir en su primer año de vida, es posible estimar la mortalidad infantil simplemente calculando la proporción de niños que muere antes de cumplir un año. Esta proporción ha sido calculada según el período en que nació el niño y según la región de residencia y nivel educativo de la madre.

Cuadro 6.2

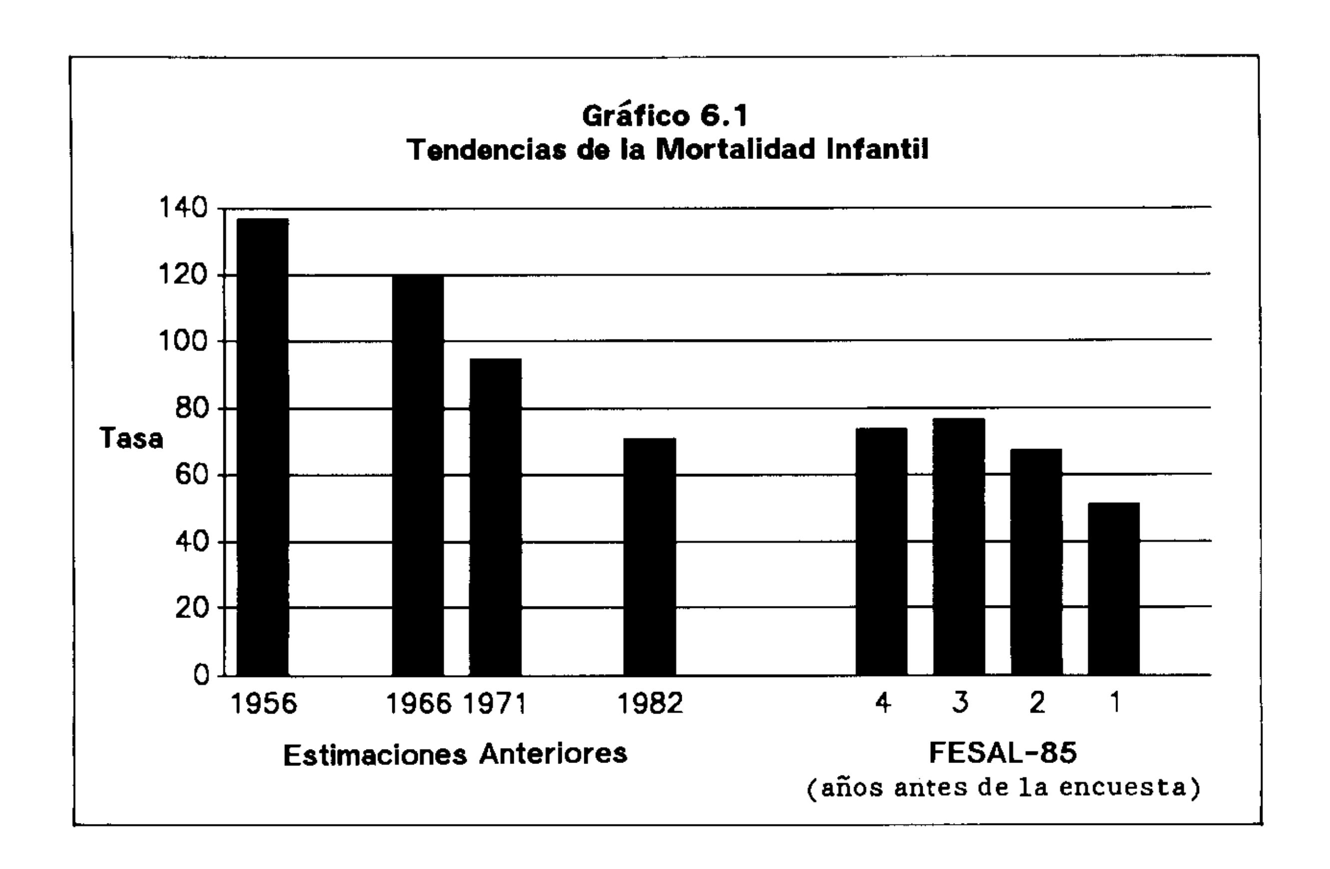
PROBABILIDADES DE MUERTE INFANTIL
SEGUN AÑO DE NACIMIENTO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO[1]

AÑO DE NACIMIENTO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	Muertes Infantiles	Total de Nacimientos	Muertes Por Mil Nacimientos
Años Antes de la Encuesta y Período Calendario:[2]			
Menos de 2 (1983-1984)	34	662	51.3
2 (1982-1983)	47	694	67.4
3 (1981-1982)	55	713	76.8
4 (1980-1981)	50	676	73.7
Area de Residencia:			
Area Metropolitana	36	743	47.8
Resto Urbano	44	695	63.4
Area Rural	106	1307	80.9
Nivel Educativo:			
Sin Educación	76	759	100.0
Básica 1-3	57	8D2	70.6
Básica 4-6	30	634	47.7
Básica 7-9	14	296	48.6
Media y Superior	8	254	32.1
Total	185	2746	67.5

[1]Se incluyen los niños nacidos entre 12 y 59 meses antes de la encuesta.
[2]Ver nota sobre los períodos calendario en el cuadro 3.1

La estimación global de 68 muertes por cada mil nacimientos es muy semejante a la obtenida con la tabla de vida; la pequeña diferencia de tres puntos se debe más al período de referencia que al método de cálculo. Al desglosar las cifras según años y períodos calendario se nota una tendencia al descenso de la mortalidad infantil. La mortalidad parece haber disminuido un 30 por ciento en el período 1980-1984, alcanzando en el período inmediato anterior a la encuesta niveles de 51 muertes por cada mil nacimientos.

En el gráfico 6.1 se han combinado los resultados de FESAL-85 con estimaciones anteriores de la mortalidad infantil, a fin de apreciar su evolución en el tiempo.[1] En el cuarto de siglo entre 1956 y 1982 la mortalidad infantil se redujo casi a la mitad, de niveles de 137 a 71 por mil.

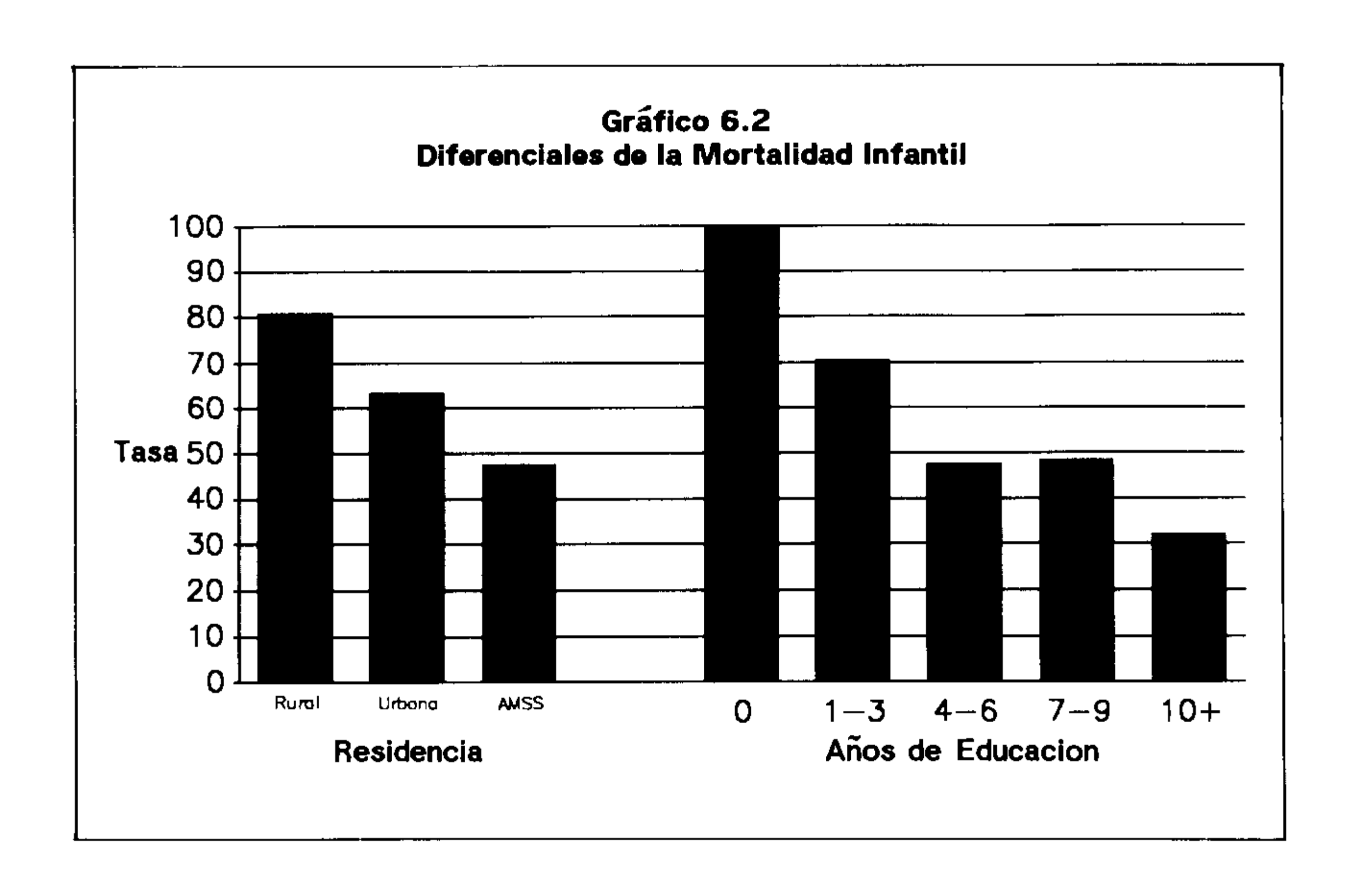


[1]Los valores de tasas de mortalidad infantil usados en el gráfico 6.1 y los autores de las estimaciones son los siguientes:

Período	Punto Medio	Tasa	Autores
1951-61	1956	137	A.A. Alens Z.
1961-71	1966	120	L. Rosero B.
1966-67		116	H. Behm y A.E. Escalante
1970-71	1971	95	J.E. Potter, FESAL-78
1980-84	1982	71	FESAL-85

Las cifras según área de residencia del cuadro 6.2 confirman una vez más la situación desfavorecida de las áreas rurales, en que la mortalidad infantil es un 70 por ciento más alta que en el área metropolitana de San Salvador. Es interesante notar además que éste es uno de los pocos indicadores en que el resto urbano difiere claramente del área metropolitana, con una mortalidad infantil un tercio más alta.

Las diferencias de acuerdo al nivel educativo de la madre son aún más marcadas, ya que la mortalidad en el primer año de vida de los hijos de madres sin educación además de ser la más alta (100 por mil), es tres veces mayor que la mortalidad de los hijos de madres con educación media o superior. El carácter escalonado de las diferencias se advierte claramente en el gráfico 6.2.



Hasta aquí las estimaciones se han basado en la información directa sobre mortalidad infantil que se recolectó en la encuesta. En años recientes ha habido gran interés en el uso de estimaciones indirectas de la mortalidad infantil, basadas en datos sobre hijos tenidos e hijos sobrevivientes según edad de la mujer. La información necesaria se presenta en el cuadro 6.3.

En términos generales este cuadro confirma la impresión favorable sobre los datos de mortalidad recolectados en FESAL-85. Las proporciones de niños sobrevivientes disminuyen en la forma esperada, o sea, conforme aumenta la edad de la madre, y son mayores para las mujeres que para los hombres en cada grupo de edad de la madre.

Cuadro 6.3

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E HIJOS SOBREVIVIENTES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, POR SEXO DEL HIJO, SEGUN EDAD DE LA MADRE

SOBREVIVENCIA Y SEXO DE LOS HIJOS	Edad de la Madre							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Hombres:								
Sobrevivientes	0.14	0.57	1.23	1.60	2.12	2.28	2.54	1.18
Tenidos	0.16	0.64	1.39	1.82	2.57	2.96	3.28	1.41
Razón X100	87.5	89.1	88.5	87.9	82.5	77.0	77.3	83.7
Mujeres:								
Sobrevivientes	0.13	0.63	1.23	1.58	1.98	2.30	2.66	1.18
Tenidos	0.14	0.69	1.36	1.82	2.28	2.81	3.22	1.37
Razón X100	92.9	91.3	90.4	86.8	86.8	81.9	82.6	86.1
Ambos Sexos:								
Sobrevivientes	0.27	1.20	2.46	3.18	4.10	4.58	5.20	2.36
Tenidos	0.30	1.33	2.75	3.64	4.85	5.77	6.50	2.78
Razón X100	90.0	90.2	89.5	87.4	84.5	79.4	80.0	84.9
(N)	1240	1028	844	687	546	447	415	5207

6.3 La Atención del Embarazo y el Parto

El primer indicador de salud materno-infantil considerado es el uso de inyección antitetánica durante el embarazo. Esta inyección previene el tétano neonatal, que en muchos países es la causa más común de mortalidad neonatal. La pregunta correspondiente fué formulada para todos los nacimientos ocurridos en el período entre Enero de 1980 y la fecha de entrevista. Para mantener consistencia con otras tabulaciones, sin embargo, en el cuadro 6.4 se presenta la información para los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta.

Cuadro 6.4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NINOS MENORES DE CINCO AÑOS, POR USO DE INYECCION ANTITETANICA SEGUN EDAD, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE

EDAD, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES	USO DE INYECCION ANTITETANICA			Total	(N)
	Si	No	No Sabe		
Edad de la Madre:					
Menos de 30 Años	49.2	49.2	1.6	100.0	2694
30 o Más	42.6	55.9	1.5	100.0	797
Area de Residencia:					
Area Metropolitana	60.1	38.0	1.9	100.0	938
Resto Urbano	52.6	45.7	1.7	100.0	886
Area Rural	38.1	60.6	1.3	100.0	1667
Nivel Educativo:					
Sin Educación	28.7	69.4	1.9	100.0	964
Básica 1-3	44.1	54.7	1.2	100.0	1014
Básica 4-6	55.9	42.0	2.1	100.0	809
Básica 7-9	72.9	26.1	1.0	100.0	369
Media y Superior	65.7	33.4	0.8	100.0	335
Total	47.7	50.8	1.6	100.0	3491

Nota: Se incluyen todos los nacimientos ocurridos entre 0 y 59 meses antes de la encuesta.

En términos globales la cobertura preventiva del tétano alcanza a casi la mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años. Como es habitual, sin embargo, esta cobertura no es uniforme, alcanzando en forma preferente las madres más jóvenes, a las del área metropolitana y las madres con mayor nivel educativo.

El segundo indicador considerado se refiere a la atención del parto. La pregunta correspondiente fué formulada para los mismos nacimientos que la pregunta sobre inyección antitetánica. La información se presenta en el cuadro 6.5.

A nivel nacional, algo menos de la mitad de los partos ocurridos en los últimos cinco años fue atendido por un médico y poco más de un tercio por una partera. El resto se reparte en partos atendidos por enfermeras, por otras personas y una fracción (8.2 por ciento) no despreciable de los nacimientos que no es atendido por persona alguna.

Cuadro 6.5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIMIENTOS POR TIPO DE PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO, SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO						(N)
	Médico	Partera	Enfermera	Otra Persona	Ninguno	Total	
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	81.0	10.8	2.6	2.8	2.8	100.0	928
Resto Urbano	52.4	32.4	6.6	4.7	4.0	100.0	886
Area Rural	24.4	49.2	3.6	9.3	13.4	100.0	1667
Nivel Educativo:							
Sin Educación	27.9	42.0	3.6	9.0	17.4	100.0	964
Básica 1-3	33.2	45.8	4.1	7.6	9.2	100.0	1014
Básica 4-6	57.3	30.6	4.0	5.5	2.7	100.0	809
Básica 7-9	70.7	19.8	6.1	3.1	0.4	100.0	369
Media y Superior	90.1	5.4	3.5	0.7	0.3	100.0	335
Total	46.7	34.6	4.1	6.4	8.2	0.1	3491

Nota: Nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta.

El contraste según área de residencia revela tres niveles de accesibilidad a la atención del parto. En el área metropolitana la mayoría de los partos es atendido por un médico (81 por ciento). En el resto urbano la mitad tiene acceso a un médico y un tercio recurre a una partera. En cambio, en el área rural sólo la cuarta parte es atendida por un médico, la mitad recurre a parteras y hay una proporción significativa que no recibe atención especializada (23 por ciento).

Algo similar se advierte al considerar los resultados según nivel educativo. Entre las mujeres con más educación predominan los partos atendidos por médicos (90 por ciento), y entre las menos educadas predominan los atendidos por parteras. Un 17 por ciento de los partos de mujeres sin educación no reciben atención alguna y otro 9 por ciento son atendidos por personas presumiblemente no calificadas.

En resumen, la cobertura de los servicios de salud materno-infantil, al menos en términos de los indicadores de atención del embarazo y del parto considerados en este análisis, podría ser mejorada substancialmente. Entre las metas que parecen prioritarias se encontraría extender el uso de la inyección antitetánica, que es una importante medida preventiva, y asegurar una atención calificada del parto en las áreas rurales.

6.4 La Vacunación de los Niños

La sección de salud del cuestionario de FESAL-85 incluyó una serie de preguntas para los niños nacidos desde Enero de 1980 que continuaban con vida al momento de la entrevista. Entre ellas se preguntó a la madre si tenía una tarjeta de salud para el niño. En caso afirmativo se pidió la tarjeta y se transcribió la información sobre las vacunas BCG (bacilo de Calmette y Guérin), DPT (difteria, pertusis y tétano), polio y sarampión. En caso negativo se preguntó directamente a la madre si el niño había recibido cada una de estas vacunas, distinguiendo según dosis en el caso de DPT y polio. Estos resultados aparecen en el cuadro 6.6 para todos los niños menores de cinco años.

Cuadro 6.6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS QUE HAN SIDO VACUNADOS, POR TIPO DE VACUNA Y DOSIS APLICADAS, SEGUN EDAD DEL NIÑO EN MESES

TIPO DE VACUNAS Y DOSIS	EDAD DEL NIÑO (en Meses)					Total
	0-5	6-11	12-17	18-23	24-59	
Tenían Tarjeta de Salud:						
Si	47.1	79.1	74.3	76.7	70.1	69.6
No	52.3	21.0	25.7	22.9	29.4	30.0
N.D.	0.5	0.0	0.0	0.4	0.5	0.4
Vacuna BCG:						
Si	31.7	63.9	73.8	78.2	78.3	71.1
No	64.4	33.6	23.3	19.5	18.7	25.9
N.D.	3.9	2.5	2.8	2.3	3.1	3.0
Vacunas DPT:						
No	56.2	11.7	9.5	10.0	9.4	14.8
1 dosis	16.5	6.3	3.8	5.1	2.2	4.6
2 dosis	11.3	17.7	20.5	14.0	11.3	13.2
3 dosis	12.4	62.1	63.7	68.2	74.0	64.4
N.D.	3.5	2.2	2.5	2.7	3.0	2.9
Vacuna Polio:						
No	56.5	11.7	10.9	11.3	10.1	15.5
1 dosis	18.5	7.6	4.2	4.0	2.4	5.0
2 dosis	10.3	19.2	20.2	17.5	12.0	13.9
3 dosis	11.6	59.6	61.5	65.2	72.8	62.8
N.D.	3.1	1.9	3.2	2.0	2.8	2.7
Vacuna Sarampión:						
Si	13.4	58.1	81.7	79.5	83.8	72.7
No	82.2	38.5	15.8	17.6	13.0	24.1
N.D.	4.4	3.5	2.5	2.9	3.2	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	349	369	339	264	1913	3235

Nota: Los porcentajes han sido calculados en base al total de niños menores de cinco años.

La primera parte de la tabla muestra la proporción de niños que tiene tarjeta de salud, que constituye casi la mitad (47 por ciento) de los menores de seis meses y las tres cuartas partes de los niños en edades

mayores. La ligera disminución de esta proporción después de los dos años de vida puede representar casos en que las madres no han conservado la tarjeta una vez que han completado los ciclos de vacunas o un pequeño aumento de la cobertura en el tiempo.

El análisis de las vacunas puede hacerse restringiendo la atención a los niños que tienen tarjeta de salud, en cuyo caso la información es probablemente más confiable, o combinando esta información con los datos proporcionados por la madre cuando el niño no tenía tarjeta, para obtener una muestra más representativa del total de la población. Un examen cuidadoso de los datos no reveló errores evidentes en los reportes de las madres, razón por la cual se tomó el segundo enfoque.

Los datos sobre la vacuna BCG revelan que una inmensa mayoría de los niños de seis meses a cinco años han recibido inmunización para la tuberculosis. La variación de las cifras según edad del niño sugiere que casi todos los que reciben la vacuna lo hacen alrededor del año de vida, y que aparentemente no ha habido cambios en la cobertura en los últimos años.

En relación con la vacuna contra la difteria, la tos convulsiva y el tétano, o DPT, las autoridades de salud recomiendan tres dosis que deben ser administradas a los dos, cuatro y seis meses de edad. En algunos casos se recomiendan refuerzos a los 18 meses y a los cinco años. En el cuadro se ha clasificado los niños en cada grupo de edad según el número de dosis que han recibido. Los resultados indican que más del 60 por ciento de los niños reciben el ciclo completo en su primer año de vida, y que la proporción protegida continúa aumentando hasta alcanzar las tres cuartas partes a partir del segundo año de vida. Se nota además una proporción no despreciable (alrededor del 10 por ciento) de niños mayores de un año que han recibido sólo parte del ciclo de tres dosis.

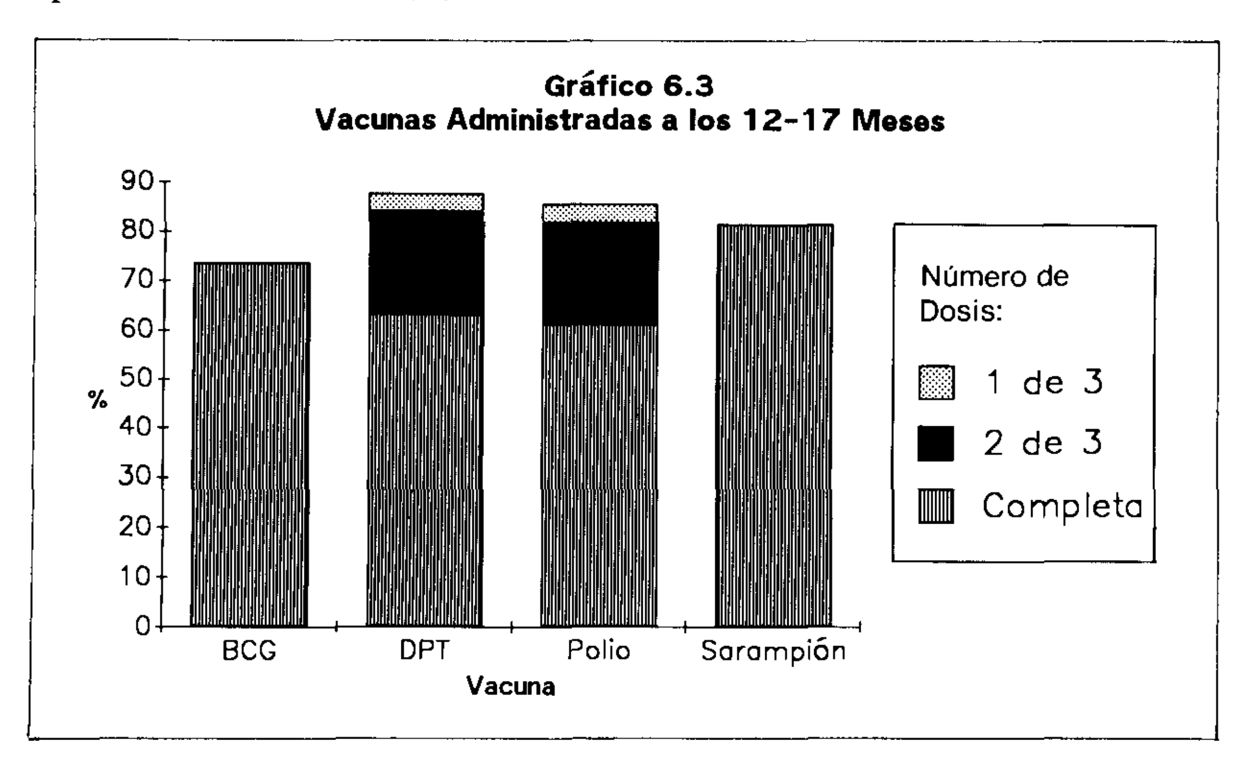
En cuanto a la vacuna para la poliomelitis, las autoridades de salud recomiendan también tres dosis, que deben ser administradas a los dos, cuatro y seis meses de edad, con posibles refuerzos a los 18 meses y a los cinco años. El cuadro muestra la distribución de los niños en cada

grupo de edad según el número de dosis recibidas. Los resultados muestran una cobertura muy similar a la notada para la vacuna DPT, que alcanza eventualmente a las tres cuartas partes de los niños mayores de dos años pero con cierto atraso respecto a las edades recomendadas.

La vacuna contra el sarampión debe ser administrada en una única dosis a los 18 meses de edad. La proporción de niños mayores de un año que han recibido esta vacuna es del orden de 80 por ciento o más, indicando una alta cobertura.

En el gráfico 6.3 se resumen estos indicadores en términos de la proporción de niños de 12 a 17 meses de edad que han recibido las vacunas apropiadas para su edad.

Una de las estrategias utilizadas por las autoridades de salud en muchos países para aumentar la cobertura de sus programas de vacunación consiste en organizar campañas o jornadas de vacunación masiva. En El Salvador se han organizado jornadas de este tipo y la encuesta FESAL-85 incluyó una pregunta sobre la asistencia a ellas. Los resultados aparecen en el cuadro 6.7.



Cuadro 6.7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS QUE HAN SIDO VACUNADOS, POR ASISTENCIA A JORNADAS DE VACUNACION, SEGUN EDAD DEL NIÑO Y AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES

EDAD DEL NIÑO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES	ASISTENCIA A JORNADAS DE VACUNACION					Total	(N)
	No	1	2	3 o Más	No Sabe		
Edad del Niño:							
Menos de 6 meses	79.2	10.4	5.0	5.4	0.1	100.0	349
6-11	41.5	15.9	18.9	23.7	0.0	100.0	369
12-17	45.9	20.9	16.1	17.1	0.0	100.0	339
18-23	50.4	17.6	12.5	19.6	0.0	100.0	264
24-59	52.1	12.3	14.2	21.3	0.1	100.0	1913
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	58.8	16.1	11.6	13.5	0.0	100.0	889
Resto Urbano	56.7	11.8	10.6	20.8	0.2	100.0	823
Area Rural	47.7	13.6	16.8	21.9	0.0	100.0	1523
Nivel Educativo:							
Sin Educación	51.4	12.8	14.1	21.7	0.0	100.0	856
Básica 1-3	49.5	12.6	17.6	20.2	0.0	100.0	940
Básica 4-6	50.3	15.4	13.6	20.7	0.1	100.0	767
Básica 7-9	55.4	15.8	11.1	17.7	0.1	100.0	348
Media y Superior	71.4	14.3	5.4	8.6	0.4	100.0	324
Total	53.0	13.8	13.8	19.3	0.1	100.0	
(N)	1715	448	446	624	2		3235

Nota: Incluye niños menores de cinco años.

En términos globales se encuentra que un poco menos de la mitad de los niños nacidos en los últimos cinco años han sido llevados por sus madres a alguna jornada de vacunación. Entre los que han asistido a las jornadas, fracciones importantes han asistido tres o más veces. Si se considera que estas jornadas son un complemento a las actividades usuales de atención materno-infantil, puede concluirse que tienen una cobertura considerable.

Las cifras desglosadas según edad muestran que el porcentaje que ha asistido a una jornada aumenta naturalmente con la edad del niño. Es particularmente positiva la alta proporción (58 por ciento) de niños entre seis meses y un año de edad que han asistido alguna vez a una jornada, porque ésta es una edad ideal para confirmar que los niños hayan recibido las vacunas y dosis necesarias.

El análisis de la cobertura de las jornadas de vacunación según área de residencia y nivel educativo de la madre muestra los diferenciales usuales, con una mayor cobertura en el área metropolitana de San Salvador y entre las mujeres con mayor nivel educativo. En todo caso las diferencias no son tan grandes como las encontradas en otros indicadores, sugiriendo que se han hecho esfuerzos efectivos por asegurar que las jornadas lleguen a las regiones más apartadas, sobre todo en las áreas rurales.

6.5 Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea

En esta sección se estudia la frecuencia de ocurrencia de diarrea en las últimas dos semanas antes de la encuesta entre los niños menores de cinco años y, en los casos en que se reportó la presencia de diarrea, el tipo de tratamiento y las fuentes de consejo a que recurre la madre.

Se ha seleccionado la diarrea como indicador de morbilidad reciente porque es una de las principales causas de mortalidad infantil y de la niñez y, por otra parte, porque puede ser fácilmente tratada usando la terapia de rehidratación oral. Es justamente esta combinación de alta prevalencia y severidad con la existencia de una tratamiento eficiente y sencillo lo que hace de la diarrea una preocupación de alta prioridad para los servicios de salud pública.

En el cuadro 6.8 aparece el porcentaje de niños menores de cinco años y actualmente vivos que han tenido diarrea en las últimas dos semanas, clasificado según la edad del niño y el área de residencia y nivel educativo de la madre. Es importante advertir que estas cifras no

reflejan la **incidencia** de diarrea, es decir los casos nuevos, porque en un período de dos semanas pueden haber ocurrido múltiples episodios a un mismo niño. Lo que sí reflejan es la **prevalencia** en un período determinado, aunque también esta interpretación requiere cautela, porque la prevalencia puede estar sujeta a fuertes variaciones estacionales.

El total del cuadro indica que algo más de un tercio de los niños menores de cinco años han sufrido de diarrea en un período de dos semanas. La prevalencia es más alta entre los niños menores, alcanzando la mitad de los que tienen un año cumplido, y luego desciende rápidamente con la edad hasta llegar a menos de la cuarta parte de los que tienen cuatro años. Claramente la diarrea es un problema de salud que afecta principalmente al niño en sus primeros dos o tres años de vida.

Cuadro 6.8

PORCENTAJE DE NIÑOS QUE HAN TENIDO DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS
POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES
SEGUN EDAD DEL NIÑO

AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO	EDAD DEL NIÑO EN AÑOS					Total
	0	1	2	3	4	
Area de Residencia:						
Area Metropolitana	33.4	44.8	31.0	24.2	19.1	30.4
Resto Urbano	43.7	49.3	50.0	29.5	22.0	39.0
Area Rural	48.6	53.3	35.0	26.7	24.3	37.7
Nivel Educativo:						
Sin Educación	56.2	54.4	43.2	29.4	33.4	42.9
Básica 1-3	46.6	51.5	40.0	26.9	23.3	37.7
Básica 4-6	39.6	52.5	42.1	30.1	14.1	36.0
Básica 7-9	32.2	42.0	31.2	17.4	10.8	27.9
Media y Superior	23.3	37.8	13.7	18.1	19.3	22.3
Total	43.3	49.9	37.6	26.7	22.3	36.1
(N)	718	604	652	642	619	3235

Nota: Incluye niños menores de cinco años.

Las diferencias según área de residencia dependen de la edad del niño. En efecto, entre los menores de dos años se encuentra que la prevalencia de la diarrea es menor (aunque considerable) en el área metropolitana de San Salvador, intermedia en el resto urbano y mayor en el área rural. Entre los niños de dos y tres años cumplidos, sin embargo, la más alta prevalencia se presenta en el resto urbano, de tal modo que en los totales de prevalencia la del resto urbano es ligeramente mayor a la de las áreas rurales. Estos resultados indicarían que la prevalencia de la diarrea se prolonga hasta edades más avanzadas en el resto urbano.

Las tasas de prevalencia de la diarrea según el nivel educativo de la madre, en cambio, presentan el mismo patrón en todas las edades, disminuyendo rápidamente a medida que aumenta la educación de la madre. Estas diferencias, que son particularmente notables entre los niños de menor edad, reflejan probablemente las mejores condiciones de vida y también la mayor capacidad para tomar elementales precauciones sanitarias entre las madres con mayor educación.

En el cuadro 6.9 se presentan los datos de todos los niños que han tenido diarrea en las últimas dos semanas según el tipo de tratamiento recibido, separadamente según edad del niño, área de residencia y nivel educativo de la madre. Nótese que cada niño puede haber recibido más de un tratamiento, de tal modo que al sumar las cifras que corresponden a los tratamientos específicos se obtiene más de cien por ciento. Por ésto se agrega una columna especial que muestra la proporción de niños que ha recibido algún tratamiento.

La primera observación que surge de este cuadro es que prácticamente todos los casos de diarrea reciben algún tratamiento, con pocas variaciones de acuerdo a la edad del niño (excepto por los menores de un año), área de residencia o nivel educativo.

Respecto al tipo de tratamiento, se nota que poco más de la cuarta parte de los casos de diarrea declaran haber usado terapia de rehidratación oral a través de una solución o suero. Esta proporción es más alta en

Cuadro 6.9

PORCENTAJE DE NINOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA DIARREA, SEGUN EDAD DEL NIÑO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES

EDAD DEL NIÑO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE.	Solución o Suero Oral	Medicaento Específico	Otros Tratamientos	Cualquier Tratamiento	(N)
Edad del Niño:					
Menos de 1 Año	29.4	74.6	22.7	90.6	311
1 Año	32.1	83.2	13.3	96.5	301
2 Años	20.0	78.6	23.0	94.2	245
3 Años	21.5	83.2	18.7	96.9	172
4 Años	21.8	75.9	26.8	96.6	138
Area de Residencia:					
Area Metropolitana	30.5	84.4	18.0	96.6	271
Resto Urbano	30.5	79.4	20.3	96.8	321
Rural	21.5	76.4	21.3	92.2	575
Nivel Educativo					
Sin Educación	21.2	74.7	25.2	92.6	367
Básica 1-3	23.0	81.8	18.7	96.0	354
Básica 4-6	32.2	80.9	16.3	94.5	276
Básica 7-9	38.1	77.0	19.7	94.9	97
Media y Superior	26.3	84.0	18.1	96.7	72
Total	26.1	79.1	20.2	94.5	1167

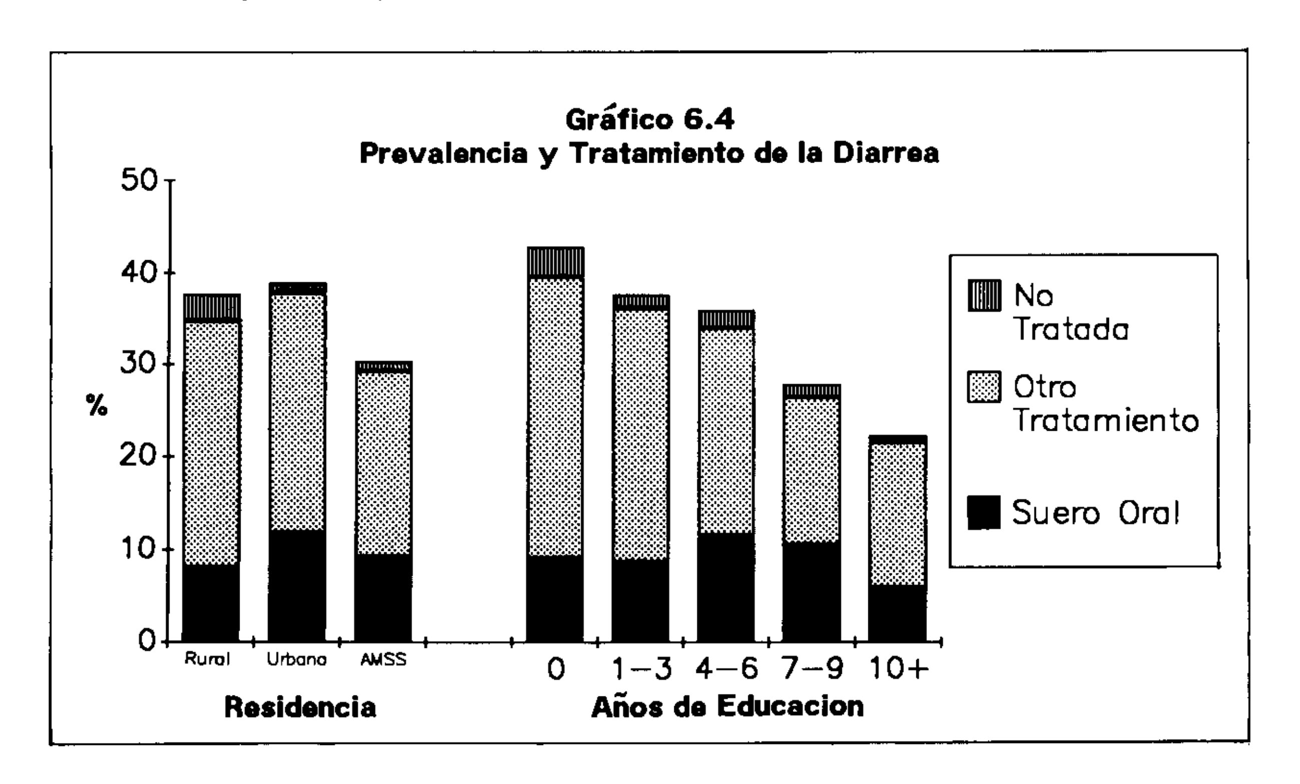
el caso de los menores de un año, en que el riesgo de deshidratación es mayor. También se aprecia una mayor frecuencia de uso de las soluciones o sueros en el área metropolitana y el resto urbano, entre las mujeres con mayor nivel educativo.

El tipo de tratamiento más común, usado en más de las tres cuartas partes de los casos, descansa en medicamentos específicos para la diarrea infantil distintos del suero oral. La proporción que recurre a estos medicamentos es mayor en el área metropolitana de San Salvador, intermedia en el resto urbano y menor en el área rural, no presentando variaciones sistemáticas según edad del niño ni educación de la madre.

En el gráfico 6.4 se combinan los resultados sobre prevalencia de la diarrea en menores de cinco años con la información sobre el tipo de tratamiento usado, distinguiendo el uso de suero oral, otros tratamientos o ningún tratamiento. El gráfico muestra claramente la mayor frecuencia de diarrea y el menor uso relativo del suero oral en los estratos rurales y entre los hijos de mujeres con menos educación.

El último aspecto investigado respecto a la diarrea se refiere a si la madre buscó consejo o tratamiento de alguien fuera de la casa y, en caso afirmativo, a quién recurrió. Los resultados aparecen en el cuadro 6.10 para todos los niños que presentaron diarrea en las últimas dos semanas, clasificados según edad del niño, área de residencia y nivel educativo de la madre. Nótese que se presenta primero la proporción que buscó consejo o tratamiento y luego, para los que así lo hicieron, la distribución según la fuente de consejo o tratamiento.

La proporción de casos de diarrea en que la madre busca consejo fuera de la casa es relativamente baja, alcanzando a un 39 por ciento en términos globales. Hay, sin embargo una clara variación de acuerdo a la edad del niño: la proporción que busca consejo es casi la mitad en los menores de



Cuadro 6.10

PORCENTAJE DE MADRES QUE HAN PEDIDO CONSEJO PARA TRATAMIENTO DE LA DIARREA Y FUENTE DEL CONSEJO, SEGUN EDAD DEL NIÑO AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES

EDAD DEL NIÑO, AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Ha Pedido Consejo		Fuente del Consejo				
	Porcentaje	(N)	Médico	Enfermera Partera ARS	Farmacéutico	Otro	(N)
Edad del Niño:							
Menos de 1 Año	48.5	311	65.1	8.2	10.4	16.3	151
1 Año	38.2	301	55.4	8.5	22.4	12.7	115
2 Años	35.4	245	58.0	7.1	18.5	16.4	87
3 Años	31.1	172	61.3	6.8	12.9	19.0	53
4 Años	35.6	138	43.6	12.1	18.3	26.1	49
Area de Residencia:							
Area Metropolitana	40.8	271	70.2	8.7	9.0	12.2	110
Resto Urbano	43.7	321	62.5	4.4	16.5	16.5	140
Area Rural	35.5	575	49.5	10.5	19.7	19.4	204
Nivel Educativo:							
Sin Educación	31.3	367	44.9	3.2	27.4	24.5	115
Básica 1-3	40.5	354	57.6	10.9	12.5	19.1	143
Básica 4-6	36.6	276	58.1	14.5	14.1	12.1	101
Básica 7-9	51.9	97	69.2	5.1	14.4	11.4	50
Media y Superior	63.2	72	85.1	3.3	5.4	6.2	46
Total	39.0	1167	58.6	8.6	16.1	16.8	455

un año y disminuye a alrededor de un tercio para los niños de dos o más años. Estas cifras pueden reflejar una mayor severidad de los casos de diarrea en los menores o una menor tendencia de las madres a buscar consejo cuando sus hijos son mayores y ya han tenido experiencias anteriores con la diarrea infantil.

Los diversos subgrupos poblacionales, por su parte, muestran las tendencias esperadas, con una mayor proporción que ha buscado consejo o tratamiento en el área metropolitana de San Salvador y en el resto urbano y entre las mujeres de mayor educación. Las diferencias según nivel educativo de la madre son mucho más pronunciadas que en términos

de residencia. Así, la proporción que pide consejo entre las madres con educación media o superior alcanza al doble de la proporción correspondiente entre las madres sin educación, que probablemente son las que más necesitan consejo.

Respecto a la fuente de consejo se encuentra que la mayoría de las mujeres (59 por ciento) recurre directamente a un médico. Existe, sin embargo, una proporción considerable que pide consejo a un farmacéutico, o a personal paramédico como enfermeras, parteras o ayudantes rurales de salud. Por último, un 16.8 por ciento recurre a otras personas, presumiblemente no calificadas.

La tendencia a recurrir a un médico es mayor entre las madres de menores de un año y disminuye con la edad del niño. Tal como en el caso de las mujeres que piden consejo, esta tendencia puede reflejar tanto la severidad de los episodios como la mayor experiencia que adquieren las madres a medida que los niños crecen. En el caso de los niños de cuatro años por ejemplo, es menor la proporción de madres que piden consejo y muchas de ellas recurren a otras personas.

Hay, por último, claras diferencias en la proporción que recurre a un médico para pedir consejo o tratamiento de la diarrea, que alcanza mayor porcentaje en el área metropolitana de San Salvador y entre las mujeres de mayor educación. En contraste, las madres del área rural y las de menor educación, prefieren pedir consejo al farmaceútico o a personal paramédico. La proporción que recurre a personas presumiblemente no calificadas es mayor en las áreas rurales y entre las mujeres sin educación.

En resumen, entonces, los sectores rurales y los hijos de mujeres de menor educación aparecen doblemente desfavorecidos: por una parte estos estratos presentan la más alta prevalencia de diarrea y por otra tienen menos acceso a los tratamientos más eficientes y a las fuentes de consejo más calificadas. Esto apunta claramente a los grupos que deben ser preocupación preferente de las autoridades de salud pública.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este último capítulo se resumen los principales hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-85, siguiendo el mismo orden general que en la presentación de los resultados.

7.1 Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo

La estructura de nupcialidad de la población salvadoreña ha permanecido relativamente estable en el tiempo, con una edad mediana a la primera unión de alrededor de 19 años y un comportamiento diferencial entre los estratos socio-económicos. Las mujeres del área urbana tienden a casarse un año y medio más tarde que las de las áreas rurales, mientras que las mujeres con educación media o superior se casan cuatro y medio años después que las mujeres sin educación.

Algo menos de la mitad de las mujeres en unión están efectivamente expuestas al riesgo de embarazo, en el sentido que están menstruando, tienen relaciones sexuales y son presumiblemente fértiles. Por otra parte la exposición al riesgo está circunscrita al ámbito de las uniones formales e informales, ya que menos del cinco por ciento de las solteras y sólo un cinco por ciento de las viudas y separadas está expuesta.

La duración de la lactancia es del orden de 15 meses en promedio y está asociada a una duración de la amenorrea post-parto del orden de diez meses. Ambos valores son relativamente altos en el contexto de América Latina, pero hay evidencia de que están disminuyendo, sobre todo entre las mujeres del área rural quienes tradicionalmente han practicado una lactancia más prolongada. Por otra parte, la duración de la abstinencia post-parto es del orden de cinco meses, sin grandes diferencias entre los estratos sociales.

7.2 Fecundidad

La tasa global de fecundidad para los últimos cinco años resultó de 4.4 hijos por mujer, valor que representa un importante descenso de la fecundidad de sus niveles históricos de seis o más hijos que prevalecían hasta fines de la década de los setenta. Por otra parte, hay evidencia de que la fecundidad venía descendiendo en el período entre dos y cinco años antes de la encuesta, pero que tendió a aumentar en el último año.

Al comparar las tasas de fecundidad por edad de las encuestas FESAL de los años 1973 y 1985 se advierte un descenso en todos los grupos de edad, que es más marcado a partir del grupo de mujeres de 25-29 años. Este patrón de cambio es consistente con la noción de que la nupcialidad se ha mantenido constante, pero que ha aumentado en forma significativa el grado de control de la fecundidad dentro de las uniones.

Es posible apreciar la magnitud del descenso en los distintos grupos socio-económicos comparando los hijos tenidos por las mujeres de 45-49 años, como indicador de los niveles de fecundidad en el pasado, con las tasas globales de fecundidad encontradas en las encuestas FESAL de 1978 y 1985. Este análisis indica que el proceso de transición hacia menores niveles de fecundidad se inició hace 15 o 20 años entre las mujeres de mayor educación y ha ido alcanzando en los últimos años los grupos menos educados. Por otra parte el cambio ocurrió antes y ha sido más marcado en el área metropolitana y en el resto urbano. Sin embargo, en los últimos años, este proceso se ha iniciado y ha afectado en forma notable la fecundidad del área rural.

Persisten, sin embargo, importantes diferenciales de fecundidad según área de residencia. De prevalecer los niveles actuales las mujeres del área metropolitana tendrían poco más de tres hijos al cabo de su vida reproductiva, las del resto urbano tendrían algo menos de cuatro y las de las zonas rurales casi seis. Las diferencias según nivel educativo son aún más marcadas. Estos diferenciales se mantienen al analizar la fecundidad marital, de tal modo que no pueden ser explicados únicamente por diferencias de nupcialidad.

7.3 Anticoncepción

Prácticamente todas las mujeres en unión conocen al menos un método moderno. Los métodos más conocidos son la píldora y la esterilización femenina. Por otra parte, más de la mitad de las mujeres en unión conocen una fuente de obtención de métodos a no más de media hora de recorrido. La fuente mencionada más frecuentemente como la más cercana es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es evidente que la disponibilidad de métodos de regulación de la fecundidad es mucho menor en las áreas rurales que en las áreas urbanas.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos ha aumentado de un tercio, a casi la mitad de las mujeres en unión en el período 1978-1985. Este aumento ocurrió en todos los estratos sociales y se debe fundamentalmente a una mayor prevalencia de la esterilización femenina. En 1985 la proporción de mujeres esterilizadas alcanza a un tercio del total de mujeres casadas o unidas y a dos tercios de las usuarias de métodos anticonceptivos.

La proporción de mujeres en unión que usa anticonceptivos modernos es el doble en el área metropolitana que en el área rural. Esta diferencia es más marcada entre las mujeres con menos de tres hijos, indicando que la adopción de métodos de regulación de la fecundidad ocurre más tempranamente en las áreas urbanas. Por otra parte las diferencias en el uso de métodos modernos según nivel educativo son menores que por área de residencia.

Las fuentes de obtención de métodos no han variado mayormente en los últimos años en El Salvador: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social continúa siendo la fuente más importante, con algo más del 60 por ciento de las usuarias actuales. Otras fuentes de anticonceptivos son el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Al preguntar en general por las actitudes de las mujeres hacia el uso de métodos anticonceptivos se encontró un ambiente bastante favorable hacia

la planificación familiar. Entre las razones de aprobación de la planificación familiar mencionadas por las mujeres expuestas que han usado algún método pero que no usaban en el momento de la entrevista, se destacan las ventajas que tiene la familia pequeña para la educación de los hijos y la libertad de espaciar o limitar los nacimientos. En la minoría de mujeres que no aprueba el uso de anticonceptivos juegan un rol importante las razones de salud y las razones religiosas.

Otro aspecto de interés se refiere a las intenciones de uso en el futuro. Entre las mujeres expuestas al riesgo de embarazo que no estaban usando ningún método, la mitad declaron no tener intenciones de usar en el futuro y aproximadamente otra cuarta parte no tiene intenciones claras o no conoce los anticonceptivos. En el cuarto restante se investigaron las preferencias de métodos, y se encontró que se inclinan por la píldora las mujeres que piensan usar anticonceptivos en los próximos doce meses y por la esterilización las que piensan hacerlo después de los próximos doce meses.

7.4 Preferencias de Fecundidad

El análisis de las preferencias reproductivas indica que el ideal de la familia pequeña ha sido adoptado por un gran número de mujeres en todos los estratos socio-económicos de El Salvador, con un número ideal de hijos de tres entre las mujeres jóvenes incrementándose en las edades mayores hasta alcanzar un número del orden de cinco entre las mujeres de 45-49 años.

Casi dos tercios del total de las mujeres casadas o unidas, y alrededor del 80 por ciento con tres hijos o más declaran que no desean tener más hijos o han sido esterilizadas. En cada categoría de tamaño de la familia, el deseo de limitar la fecundidad es más pronunciado en las áreas urbanas y entre las mujeres de mayor educación que en los otros segmentos de la población.

Los resultados indican no sólo gran demanda por limitar los nacimientos, sino también proporciones importantes de mujeres que están empezando su

vida reproductiva y desean espaciar los nacimientos. A partir del nacimiento del primer hijo, más del 70 por ciento de las mujeres en unión que desean otro hijo preferirían esperar dos o más años antes de tenerlo. En esta cifra está incluida la demanda insatisfecha de anticoncepción.

Entre las mujeres en unión se encontró que dos tercios de las que no desean posponer el próximo hijo y un 38 por ciento de las que desean evitarlo no están usando anticonceptivos. Entre las mujeres en unión efectivamente expuestas al riesgo de embarazo, las cifras comparables son un tercio de las que desean espaciar y 14 por ciento de las que desean limitar. La demanda insatisfecha en las áreas rurales y entre las mujeres sin educación es el doble que en los estratos más favorecidos.

Sólo la mitad de los nacimientos ocurridos en los últimos doce meses fueron deseados en su oportunidad, y en los restantes predominan los que la mujer habría deseado evitar más que posponer. Esta situación se traduce en una tasa global de fecundidad deseada de 3.1 hijos por mujer, substancialmente menor que la tasa global de fecundidad de 4.2 para el mismo período. La diferencia de 27 por ciento entre estas tasas es una indicación de cuánto podría bajar la fecundidad sin cambiar las actitudes de las mujeres, pero satisfaciendo plenamente la demanda existente por métodos de regulación de la fecundidad. Por otra parte la fecundidad no deseada es más alta en los estratos menos favorecidos, alcanzando en las mujeres sin educación al triple de la observada en las mujeres con educación media y superior.

7.5 Mortalidad y Salud

La mortalidad infantil ha experimentado un descenso gradual y sostenido en los últimos veinticinco o treinta años, alcanzando niveles del orden de 71 muertes infantiles por cada mil nacimientos durante el período 1980-1985, y niveles de 51 por mil dos años antes de la encuesta (1983-1985).

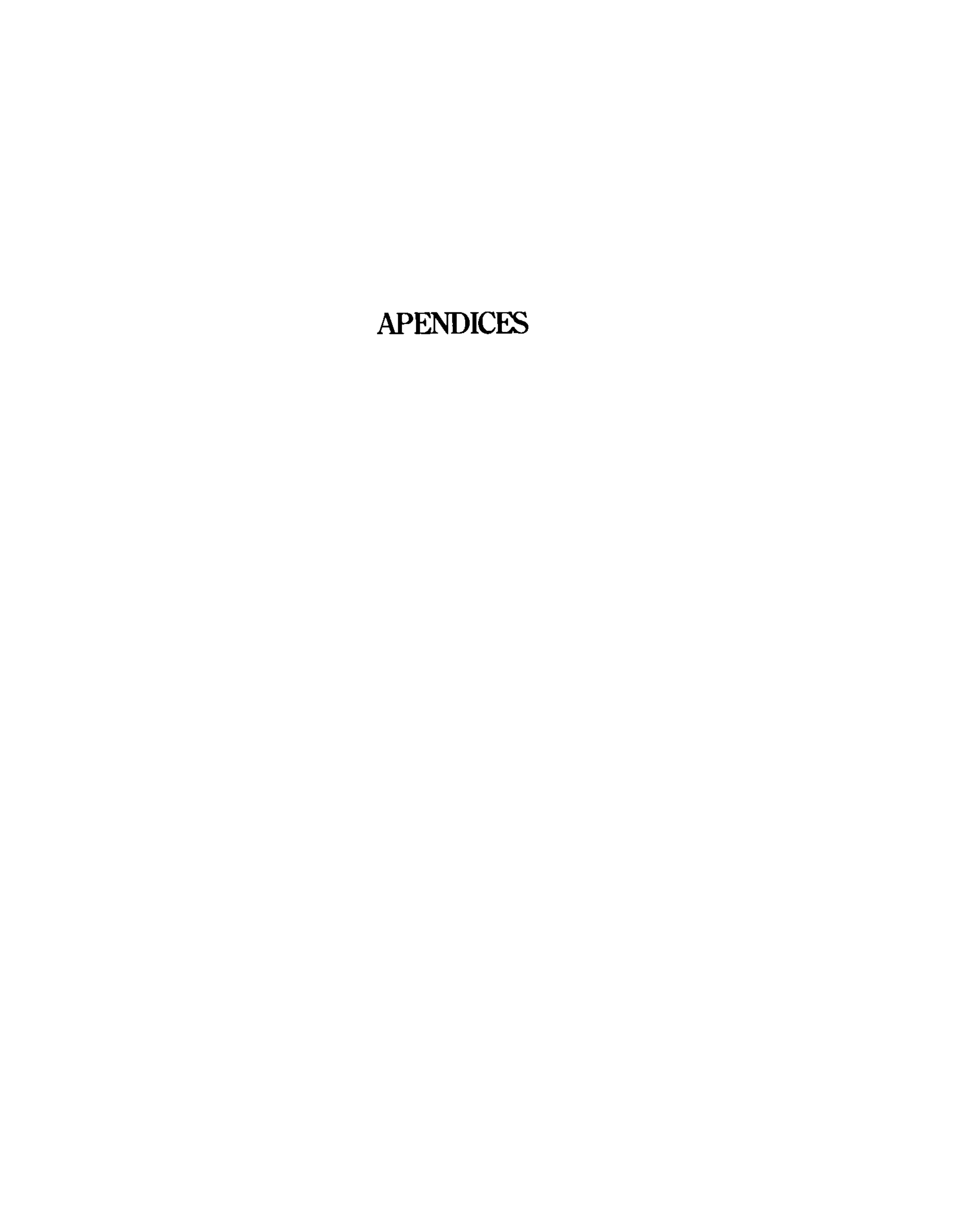
Sin embargo, la mortalidad infantil es aún un 70 por ciento más alta en el área rural que en San Salvador, y entre los hijos de las madres sin educación alcanza al triple de la mortalidad de los hijos de madres con educación media o superior.

Estas diferencias se advierten también en términos de otros indicadores de salud materno-infantil, como la atención del embarazo y la atención del parto. Mientras la gran mayoría de los partos en el área metropolitana es atendido por un médico, en el área rural la mayoría recurre a una partera y una fracción no despreciable (alrededor del 15 por ciento) no recibe atención especializada.

Los datos sobre inmunización revelan que una inmensa mayoría de los niños recibe las vacunas contra la tuberculosis (BCG), la triple o DPT (difteria, tos convulsiva y tétano), poliomelitis y sarampión, aunque a veces con cierto atraso respecto a las edades consideradas oportunas para su aplicación. Las jornadas de vacunación masiva tienen mayor cobertura en el área rural.

Se encontró además que algo más de un tercio de los niños menores de cinco años ha sufrido diarrea en las últimas dos semanas. La prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar la mitad de los niños que tienen un año cumplido y luego disminuye hasta 22 por ciento de los niños de cuatro años. La prevalencia de diarrea es 24-28 por ciento más alta en el área rural y el resto urbano que en el área metropolitana de San Salvador, y disminuye en razón de dos a uno con la educación de la madre.

Prácticamente todos los casos de diarrea reciben algún tratamiento con pocas variaciones de acuerdo a la edad del niño, área de residencia y nivel educativo de la madre. El tipo de tratamiento más común descansa en medicamentos específicos para la diarrea infantil. La terapia de rehidratación oral es usada en sólo 26 por ciento de los casos, y es algo más frecuente en el área urbana y entre las mujeres más educadas que en los otros estratos.



APENDICES

APENDICE I

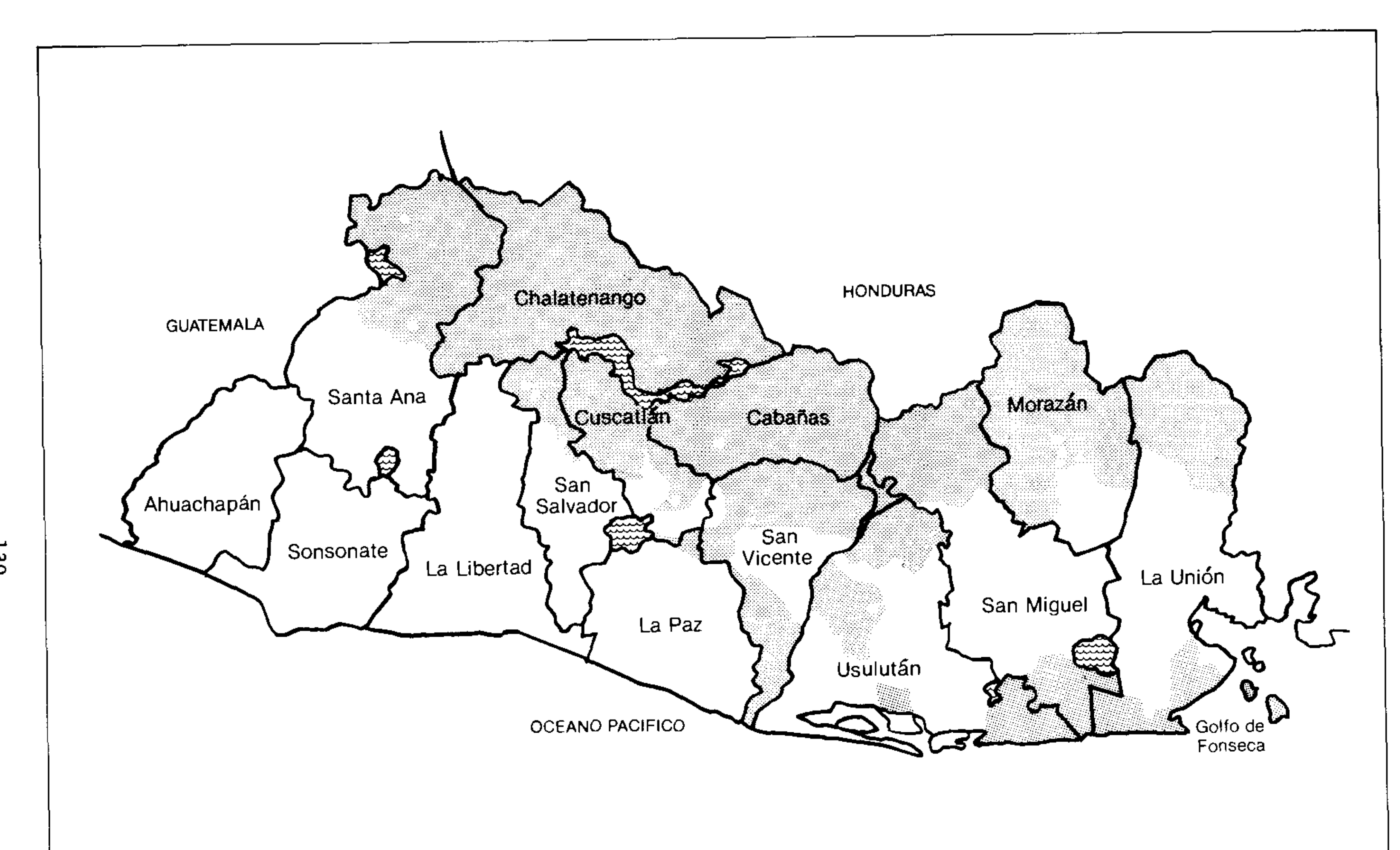
DISENO Y SELECCION DE LA MUESTRA

I.1 Consideraciones para el marco muestral

La división político-administrativa de El Salvador considera catorce departamentos, los que se subdividen en un total de 262 municipios. Cada municipio, a su vez, se divide en una área urbana (cabecera municipal) y áreas rurales llamadas cantones.

En cada división político-administrativa (cantón, municipio y departamento) fueron eliminadas del marco geográfico nacional las áreas que representaban riesgos de trabajo, tal como puede verse en el mapa de la página siguiente. En esta forma, si bien la cobertura geográfica se redujo aproximadamente a 55 por ciento del territorio, la cobertura con relación al total de la población alcanza niveles entre 75 y 80 por ciento. Esta situación condujo al diseño de una muestra de suficiente significación estadística, la que en su universo incluye una alta proporción de población "desplazada", constituida en su gran mayoría por emigrantes que provienen, precisamente, de las zonas en conflicto no consideradas en la cobertura geográfica. Este aspecto le dá mayor consistencia a la representatividad de la muestra seleccionada ya que más de 90 por ciento de "desplazados" están ubicados en viviendas del universo muestral establecido.

Estimaciones de IPM, basadas en cifras preliminares de MIPLAN, determinan que la población femenina de El Salvador entre 15 y 49 años de edad (período reproductivo), es 1,080.000 en 1984, equivalente a 44.2 por ciento del total de mujeres. De este grupo, casi 46 por ciento se ubica entre las edades 15-24 años, grupo que manifiesta el mayor potencial reproductivo.



EL SALVADOR

NOTA: La parte sombreada indica áreas que se excluyeron del marco muestral. Ver nota en el texto.

Con base a las cifras anteriores y a las de cobertura poblacional en la zona geográfica seleccionada, se pudo estimar una población blanco aproximada a mayo de 1985 de 810-860 mil mujeres en edad fértil, las cuales constituyen el universo de estudio de FESAL-85.

Con base en el diseño muestral, que se explica más adelante, se decidió el grado de desagregación geográfica para el que tienen representatividad los resultados de FESAL-85. Este diseño muestral no permite llegar a resultados que representen zonas geográficas particularizadas por región, departamento o municipio. Así quedaron definidas 3 grandes áreas de significación para las estimaciones de fecundidad, prevalencia anticonceptiva y otros indicadores demográficos y de salud y planificación familiar, a saber:

- Area Metropolitana de San Salvador- AMSS
- Resto Urbano del País
- Area rural.

Una actividad inicial básica fue definir un marco muestral apropiado, que se fundamentó en el material cartográfico disponible en DIGESTYC para el censo de población que se planificó para el año 1980, que no llegó a realizarse por las condiciones sociopolíticas prevalentes en El Salvador hasta la fecha. Complementariamente, se dispuso del abundante material cartográfico elaborado por el Instituto Geográfico Nacional que fue producido entre 1978 y 1979, utilizando fotogrametría aérea, documentación que DIGESTYC ha venido actualizando en el campo durante los últimos años principalmente en el AMSS y las Regiones Central y Occidental del país. En el caso de AMSS, la actualización se hizo con base en información de viviendas existentes en 1983. De los cantones (áreas rurales) existen mapas generales que los identifican pero no es fácil obtener mapas individuales por cantón que muestren, elaboradamente, los límites correspondientes. Sin embargo, DIGESTYC mantiene una lista de cantones con el número de viviendas existentes en 1979.

Para cada área se utilizó entonces el material más actualizado posible: mapas de 1983 para AMSS; mapas de 1979 para el resto urbano y rural; y la lista de 1979 en los cantones (área rural).

I.2. Estratificación y asignación de la muestra

En las áreas rurales, los cantones se utilizaron como unidades primarias de muestreo (UPM), cada una con 250 viviendas en promedio. Con el propósito de obtener unidades de similar tamaño en áreas urbanas se crearon sectores con aproximadamente 250-300 viviendas (un promedio de 270), cuyos límites fueran fácilmente identificados. También fue necesario crear sectores cuyo tamaño fuera un múltiplo de 250, con el propósito de tener límites bien definidos.

Se crearon 3 estratos explícitos para los sectores cubiertos en áreas de bajo riesgo: AMSS, resto urbano y área rural. Los sectores del AMSS, para propósitos de selección, se enumeraron en espiral comenzando en el punto central de la ciudad de San Salvador. Un procedimiento similar se aplicó en cada cabecera municipal del resto urbano. En el caso del área rural, los sectores se ordenaron siguiendo el orden establecido por departamento en DIGESTYC.

I.3 Selección de la muestra

La selección de la muestra tiene 3 etapas claramente definidas. La primer etapa considera el mayor grado de conglomeración posible para dividir el universo bajo estudio en sectores (UPM) con diferentes medidas de tamaño, según el caso, en AMSS, resto urbano y área rural. Las UPM (sectores) delimitadas se ordenaron secuencialmente, clasificándolas según su grado regional de desarrollo. El ordenamiento se hizo respetando, en lo posible, los códigos geográficos departamentales y municipales vigentes en DIGESTYC en la forma siguiente:

1. Area Metropolitana de San Salvador (AMSS).
2. Cantones en la periferia del AMSS.
3. Cabeceras municipales propiamente urbanas.
4. Cabeceras municipales con características rurales.
5. Cantones con características urbanas.
6. Cantones en la periferia de las cabeceras municipales.
7. Cantones restantes.

Finalmente, con el número de viviendas estimadas independientemente para AMSS, resto urbano y área rural, se seleccionaron UPM con probabilidad proporcional a su tamaño (PPT), con la afijación que aparece en última columna del cuadro I.1. El cuadro I.1 también muestra el número de viviendas asignadas a cada región. Resulta así una asignación de muestra autoponderada de 4.000 viviendas para el total del país.

Cuadro I.1

ASIGNACION DE LA MUESTRA DE FESAL-85

AREA	Número Estimado de Viviendas en 1979	Distribución Porcentual	Asignación de las Viviendas	Promedio de Viviendas a Seleccionar	Número de Conglomerados CUM[1]
TOTAL	525,403	100.0	4000		175
AMSS	144,757	27.6	1104	20	55
Resto Urbano	186,971	35.6	1424	20	71
Rural	193,675	36.8	1472	30	49

[1]Dentro de cada UPM se seleccionó un CUM (Conglomerado Ultimo de Muestreo).

Las 175 UPM se actualizaron cartográficamente en el campo. Cada UPM actualizada se subdividió en segmentos, los que contribuyeron al marco para la segunda etapa de selección de la Muestra. Para la enumeración de FESAL-85, de acuerdo a la medida de tamaño actualizada en cada UPM, fue preciso establecer límites geográficos claramente definidos, lo que condujo a segmentos con diferentes medidas de tamaño en cada UPM. Definidos los segmentos en cada UPM, se seleccionaron aleatoriamente los que serían enumerados, con probabilidad proporcional a la correspondiente medida de tamaño.

De acuerdo con lo anterior, sean **N** el total de viviendas en el marco muestral de 1979; **m** el total de conglomerados últimos de muestreo; e I el intervalo de selección para sectores (o cantones) en la respectiva columna acumulada de medidas de tamaños, iniciando con un número aleatorio entre 1 y el intervalo I. Este intervalo se calcula dividiendo a **N** por **m**.

Se definió en este punto un número fijo de viviendas a seleccionar en la etapa final de muestreo, 20 hogares en urbano y 30 en rural, tal como aparecía en los datos de la cartografía de 1979. En los sectores donde había aumentado la población desde 1979, el número efectivo de viviendas a seleccionar también aumentaría proporcionalmente. Esta unidad se designó como el conglomerado ultimo de muestreo, o **CUM**. En cada segmento se seleccionaron dos mitades de **CUM**, que se designaron convencionalmente como Semi-Cum. El tamaño de estas unidades queda definido entonces por el marco de viviendas de 1979 y no por la situación en el momento de la encuesta.

El número de CUM (s_i) en cada UPM seleccionada (sector o cantón) se calculó de la siguiente manera:

$s_i = N_i/20$, en las áreas urbanas
$s_i = N_i/30$, en las áreas rurales

donde $\mathbf{N_i}$ es el número de viviendas en la i-ésima UPM de 1979.

A continuación se actualizaron los mapas y listados de viviendas para cada UPM seleccionada, labor efectuada a partir de marzo de 1985. El nuevo número de viviendas así obtenido, se representa por $\mathbf{N^*_i}$.

En condiciones ideales, deberían crearse $\mathbf{2s_i}$ segmentos iguales en la i-ésima UPM y seleccionar 2 en forma aleatoria. Ambos podrían ser entonces entrevistados exhaustivamente (una muestra de 100 por ciento del segmento). Esto daría el número deseado de viviendas en la UPM, en forma de 2 semi-conglomerados. Este procedimiento, que implicaba crear tantos segmentos, cada uno delimitado en terreno, fue considerado poco práctico y se prefirió entonces un procedimiento modificado, como segunda etapa de muestreo. En cada UPM seleccionada se crearon subdivisiones de fácil y conveniente identificación. El número de estas subdivisiones se ubicó siempre entre 2 y $\mathbf{2s_i}$ para cada UPM (s^*_i). La lista, una vez actualizada proporcionó el número de viviendas existentes en cada subdivisión, donde

N^*_{ij} : Número actual de viviendas en la j-ésima subdivisión de la i-ésima UPM.

Entonces, la medida de tamaño MDT_{ij} puede calcularse en cada subdivisión, aproximando al entero más cercano, en la forma siguiente:

$$MDT_{ij} = (N^*_{ij}/N^*_i) \bullet (s^*_i)$$

En la práctica se calculó primero $b_i = (N^*_i)/(s^*_i)$ y se redondeó al entero más próximo; a continuación, $(N^*_{ij})/(b_i)$, se redondeó al entero más cercano. Finalmente, los valores recién mencionados fueron ajustados para las diferentes j dentro de la misma i, con el propósito de obtener:

$$\Sigma(N^*_{ij})/(b_i) = s^*_i$$

A continuación, se seleccionaron 2 sub-divisiones con PPT (tamaño = MDT). Si para la subdivisión seleccionada, $MDT_{ij} = 1$, entonces se incluía cada vivienda para entrevista. Si la MDT_{ij} era igual a 2 o más, las viviendas se seleccionaron con muestreo sistemático, con un intervalo I_2= MDT, iniciando con un número aleatorio entre 1 e I_2.

En resumen, se tiene para las probabilidades muestrales de las 3 etapas:

$P_{1i} = (m \bullet N_i)/N = (m \bullet s_i/N) \bullet 20$	para áreas urbanas
$P_{1i} = (m \bullet N_i)/N = (m \bullet s_i/N) \bullet 30$	para áreas rurales
$P_{2ij} = (2N^*_{ij})/(N^*_i)$	probabilidad condicional de segunda etapa
$P_{3ij} = (N^*_i)/(2N^*_{ij}/s_i)$	probabilidad condicional de tercera etapa

Puede comprobarse, con las anteriores relaciones, que la probabilidad global de muestreo es:

$P = P_{1i} \bullet P_{2ij} \bullet P_{3ij} = 20m/N$	para las áreas urbanas
$P = P_{1i} \bullet P_{2ij} \bullet P_{3ij} = 30m/N$	para las áreas rurales

Esta última se mantiene constante a través de todo el proceso, dado que los valores de **m** se eligieron en cada dominio en forma proporcional a N/20 (Urbano) o N/30 (Rural). Por lo tanto, la muestra es autoponderada con una probabilidad global de muestreo de 1/132.

La implementación del diseño, en el caso del área metropolitana de San Salvador (AMSS), fue ligeramente diferente, con el objeto de dispersar la muestra dentro del sector seleccionado, obteniendo de esta manera una mejor representación. Los pasos seguidos fueron:

- Se calculó el tamaño actualizado de las N^*_i (número de viviendas en 1985) y se dividió por s_i. Este valor se designó **b**.
- Se subdividió al sector seleccionado en segmentos compactos de 10 viviendas aproximadamente.
- Se hizo una selección sistemática (**b**/10) de esos segmentos compactos.

I.4 Factores de ajuste

Durante la implementación de la selección de la muestra y posteriormente en el trabajo de terreno, surgieron algunos problemas que afectaron la autoponderación de la muestra lo que condujo a calcular factores de ajuste para recuperar la autoponderación. Estos problemas fueron los siguientes:

- En el área rural sólo pudo cubrirse 44 de los 49 conglomerados seleccionados, debido a que 5 localidades presentaron alto riesgo al momento del trabajo de terreno y no pudieron ser reemplazadas.
- En el proceso de segmentación se produjo un sobre-muestreo en 19 conglomerados (13 en el AMSS, 3 en resto urbano y 3 en el área rural).

Siguiendo los procedimientos estadísticos usuales, se procedió a calcular los correspondientes factores de ajuste. En el caso de los 5 conglomerados faltantes del área rural se supuso que las características de la población femenina bajo estudio eran similares a las de áquellas que residían en los 44 conglomerados efectivamente entrevistados. En realidad, hay gran homogeneidad en los cantones (áreas rurales) de El Salvador, como en la mayoría de países latinoamericanos. Para el cálculo de los factores de ajuste se impuso además la condición que reprodujeran el total de 5.207 mujeres entrevistadas.

APENDICE II

TRABAJO DE TERRENO Y ANALISIS DE LOS DATOS

II.1 Entrenamiento y Trabajo de Terreno

Las calificaciones y el adecuado entrenamiento del personal responsable por el trabajo de terreno determinó en gran medida el éxito de esta investigación. Fue posible contar con un número suficiente de candidatos a supervisoras y entrevistadoras que reunían las calificaciones adecuadas (en su mayoría egresadas de trabajo social y algunas de psicología) para un curso de pre-adiestramiento. Por la naturaleza de la investigación y la experiencia en este campo, se ha hecho tradicional seleccionar exclusivamente personal femenino para los equipos de entrevista. Hubo entonces una segunda selección entre las que mostraron mejor disposición y capacidad. En el transcurso de la capacitación se identificaron aquellas con mejores aptitudes para labores de coordinación y organización del trabajo, las que actuaron de supervisoras.

El curso de entrenamiento duró tres semanas, impartiéndose en la primera nociones de orden general y manejo de secciones del cuestionario. En la segunda semana se realizaron prácticas combinadas de llenado de secciones y cuestionarios completos (con los tradicionales intercambios de roles de entrevista-entrevistadora-crítica) y técnicas de dinámica de grupo, y en la última semana se llevaron a cabo prácticas de terreno, seguidas cada día de una discusión de la experiencia diaria. El contenido completo del curso de entrenamiento fue el siguiente:

- Esquema metodológico general (antecedentes en El Salvador, universo de FESAL-85, tamaño y cobertura, diseño muestral, material cartográfico)
- Conceptualización estadística (naturaleza de la investigación, tipos de información, plan de tabulaciones, agregación de datos).

- Componentes detallados del cuestionario.
- Aplicación de manuales.
- Ejercicios de entrevista (incluyendo prueba piloto).
- Asignacion de funciones.

Para el trabajo de terreno se formaron 8 equipos (cada uno formado por una supervisora y 5 entrevistadoras), en que el personal se distribuyó de acuerdo a las evaluaciones del entrenamiento. Los equipos fueron reforzados en terreno por algún personal masculino (labores de supervisión general y apoyo cartográfico). El trabajo de terreno se inició en Mayo de 1985 y fue completado en la primera semana de Julio del mismo año.

II.2 Procesamiento y Análisis de Datos

Los cuestionarios utilizados en el terreno para entrevistas fueron revisados en las oficinas centrales de la encuesta, en San Salvador. El objetivo era verificar la integridad del registro (cantidad de cuestionarios según los formularios de control) y ordenarlos de acuerdo a los tres grandes dominios del estudio (AMSS, resto urbano y área rural). Dentro de cada dominio los cuestionarios se ordenaron según el número de identificación. Este ordenamiento facilitó la identificación del material, habiéndose mantenido a lo largo de todas las etapas del procesamiento.

Crítica y Codificación

Los cuestionarios de cada UPM fueron verificados según el resultado de cada entrevista (completos o incompletos). Se elaboró un recuento manual de los casos de no entrevista, según la causa. Todos los cuestionarios identificados como completos (5.207 en total) fueron entonces criticados y codificados durante junio-agosto de 1985. La crítica apuntó principalmente a detectar posibles problemas de

estructura (según el caso, cada cuestionario debía contener la información pertinente en cada sección), más bien que problemas particulares de consistencia. Cada cuestionario criticado fue sometido a la codificación de las preguntas **abiertas**, esto es, aquellas preguntas cuyas respuestas fueron anotadas textualmente y que precisaban, entonces, de una asignación de código, de acuerdo al manual respectivo elaborado previamente. Cabe hacer notar que el número de preguntas **abiertas** se redujo al máximo posible en el diseño del cuestionario FESAL-85. Por otra parte, la anotación de las respuestas en el caso de preguntas **cerradas** implicaba señalar (encircular o anotar) el código respectivo, sin necesidad de transcribirlo a casillas especiales de codificación, todo lo cual evitó errores y ahorró esfuerzos. Sin embargo, para la historia de nacidos vivos de los últimos cinco años y para la información de estos nacidos vivos sobre atención pre-parto, vacunaciones y diarrea en las últimas dos semanas, fue conveniente utilizar hojas intermedias de codificación por estimar que resultaba más eficiente, de acuerdo a la experiencia en este tipo de investigación.

Entrada y Limpieza de Datos

Esta etapa se realizó desde comienzos de octubre hasta mediados de diciembre de 1985. Este trabajo se planificó en función de la aplicación del paquete CONCOR, versión COBOL-DOS, elaborada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Los recursos de equipo fueron facilitados por la División de Procesamiento de Datos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Esta división disponía en ese momento de un equipo IBM-370 con un sistema operativo DOS de muy antigua versión. Este hecho implicó un lento proceso de instalación de CONCOR, que se inició a fines del mes de septiembre de 1985 y finalizó en la última semana de octubre del mismo año.

El primer paso de la limpieza consistió en verificar la estructura de los cuestionarios, es decir, verificar que cada cuestionario tuviese todos los registros de acuerdo a las características de la entrevistada. Sólo unos pocos cuestionarios presentaron problemas de

estructura. El segundo pase implicó la verificación de errores de rango, flujo de preguntas (instrucciones del cuestionario referidos a **pase a**), y consistencia entre diferentes preguntas del cuestionario (fechas, tiempo transcurrido entre acontecimientos claves, número de acontecimientos, edades, etc.).

Plan de Análisis y de Tabulaciones

Paralelamente a la limpieza de datos, el equipo de analistas de la encuesta FESAL-85 procedió a implementar el plan de análisis. Originalmente, las tabulaciones se obtendrían en El Salvador, dejando sólo las tabulaciones más complejas o aquéllas que precisan de programas más sofisticados para ser elaboradas en las oficinas centrales del programa DHS (Columbia, Maryland, USA). Lamentablemente, al momento de querer efectuar las tabulaciones, ninguna de las organizaciones Salvadoreñas con capacidad de equipos adecuados (ISSS y DIGESTYC) estuvo en condiciones de efectuar esta tarea. Fué necesario utilizar entonces las instalaciones y equipos del Institute for Resource Development, IRD.

Resultados Finales e Informe Preliminar de FESAL-85

En el caso de la FESAL-85, las agencias nacionales e internacionales que colaboran en el campo de población precisaban resultados preliminares aún antes de completar todo el trabajo de entrevistas en terreno. Para este efecto se recurrió a la técnica de **lectura óptica**, para lo cual, información seleccionada se transcribió a formularios especiales. Las tabulaciones con resultados preliminares así obtenidos fueron puestos a disposición de las agencias en el mes de septiembre de 1985. Una revisión posterior señaló algunos errores, que aunque afectaban sólo unas pocas variables, eran de fundamental importancia. Tal fue el caso de la identificación de métodos anticonceptivos específicos. La explicación del error radica en un problema común al diseño de formularios de lectura óptica (en este caso el formulario no pudo contemplar cambios en el cuestionario que se realizaron a último momento) en cuanto a la posible confusión por marcas indebidas en

posiciones inválidas. Por todo lo anterior, los resultados preliminares fueron reemplazados por un informe preliminar (cuya versión final se completó en diciembre de 1985) basado en datos parcialmente depurados.

APENDICE III

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

III.1 Rendimiento de la Muestra

El cuadro III.1 muestra, en cada área de residencia y en el total nacional, cuántas de las viviendas (direcciones) asignadas resultaron ser efectivamente viviendas. Para el total de la muestra, 86.2 por ciento de las direcciones asignadas fueron declaradas viviendas. De las restantes, unas pocas no eran o no estaban destinadas a vivienda (2.8 por ciento), o habían sido destruídas o estaban en proceso de construcción (1.9 por ciento). Finalmente, 571 de las direcciones (9.1 por ciento) no pudieron ser ubicadas en el terreno por los equipos de entrevista.

Aunque una parte del problema puede deberse a la poca pericia de las supervisoras o entrevistadoras para el buen manejo del material cartográfico, no es menos cierto que la situación conflictiva que vivía el país se refleja en esta alta proporción de viviendas no ubicadas. Al respecto conviene mencionar que el material cartográfico había sido actualizado unas pocas semanas antes del momento de la visita en terreno. Sin embargo, el personal responsable de la actualización no pudo estar disponible para todas las consultas de cada uno de los equipos, especialmente cuando los problemas se presentaron en las áreas rurales.

De las 5.405 viviendas visitadas, 91.9 por ciento pudo ser efectivamente entrevistadas, lo que representa una tasa de respuesta más que adecuada a nivel nacional.

En las 4.922 viviendas entrevistadas, 5.854 mujeres fueron identificadas como **elegibles** para la entrevista individual, lo que revela un

promedio nacional de 1.19 mujeres elegibles por vivienda, valor típicamente encontrado en América Latina para estudios de esta naturaleza. De las 5,854 mujeres elegibles, 88.9 por ciento fueron exitosamente entrevistadas, proporción que es satisfactoria atendiendo a las condiciones adversas para el estudio. De las razones de no entrevista, la principal es la ausencia de la mujer identificada como elegible (7.5 por ciento). El rechazo sólo constituye un 2.3 por ciento.

Cuadro III.1

RENDIMIENTO DE LA MUESTRA SEGUN ETAPAS, POR AREA DE RESIDENCIA

Resultado de Cada Etapa		AREA DE RESIDENCIA: AMSS	Resto Urbano	Rural	Total
1. Direcciones Asignadas	Número	2062	1604	2602	6268
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0
No ubicadas		7.4	6.5	12.0	9.1
No es vivienda		2.7	2.3	3.1	2.8
Destruida, en construcción		1.0	2.5	2.3	1.9
Viviendas (habitadas)		88.9	88.7	82.6	86.2
2. Viviendas	Número	1833	1422	2150	5405
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0
a) No entrevistadas		9.1	10.3	8.0	8.9
-Cerrada		3.2	4.0	2.5	3.1
-Deshabitada		5.9	6.3	5.5	5.8
b) Entrevistadas		90.9	89.7	92.0	91.1
-Con Mujer Elegible		75.3	73.1	74.8	74.6
-Sin Mujer Elegible		15.6	16.6	17.2	16.5
3. Mujeres Elegibles	Número	2162	1554	2138	5854
	Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0
a) No entrevistadas		13.7	9.8	9.3	11.1
-Ausente		8.0	7.1	7.2	7.5
-Interrumpida		0.6	0.4	0.4	0.5
-Rechazo		4.0	1.7	1.1	2.3
-Otra Razón		1.1	0.6	0.6	0.8
b) Entrevistadas		86.3	90.2	90.7	88.9
c) Promedio por Vivienda (3)%(2b)		1.30	1.22	1.08	1.19

2. La Precisión de los Resultados: Los Errores Estándar

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados que se incluyen en el presente informe no son exactos, sino estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores: aquellos que se producen durante las labores de recolección y procesamiento de la información y que se denominan usualmente **errores de respuesta** y los llamados **errores de muestreo**, o sea los que resultan del hecho de haberse observado sólo una muestra y no la población total de interés.

El primer tipo de errores, como es sabido, se origina en la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas, errores en el planteo de las preguntas y en la anotación de las respuestas, confusión o incapacidad de las mujeres para dar la información, errores de codificación o de procesamiento y situaciones similares. En el presente estudio se trató de reducir a un mínimo este tipo de errores a través de una serie de procedimientos, tradicionales en las encuestas bien diseñadas y ejecutadas, como son: diseño cuidadoso y numerosas pruebas del cuestionario, buen adiestramiento de las entrevistadoras, supervisión intensa y permanente -por diversas vías- del trabajo de campo, supervisión apropiada en la etapa de codificación y procesamiento de los datos y limpieza cuidadosa del archivo. Los elementos de juicio disponible señalan que este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables en la FESAL-85 y que la calidad de los datos obtenidos es buena; por ello, en lo que sigue no se hará referencia más a los errores de **respuesta** sino únicamente a los de **muestreo**.

La muestra de mujeres estudiadas en la FESAL-85 no es sino una de la gran cantidad de muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar de la población de interés utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría dado resultados en alguna medida diferentes de los arrojados por la muestra usada. La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce pero es posible estimar a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada.

El error de muestreo se mide por medio del **error estándar**. El error estándar de un promedio, porcentaje, diferencia o de cualquier estadística calculada con los datos de la muestra, se define como la raíz cuadrada de su variancia y es una medida de su variación en todas las muestras posibles, indicando, en consecuencia, el grado de precisión con que el promedio, porcentaje, diferencia, etc. basado en la muestra, se aproxima al resultado que se habría obtenido si se hubiera entrevistado a todas las mujeres de la población bajo las mismas condiciones.

El error estándar estimado puede ser usado para calcular intervalos dentro de los cuales hay una determinada confianza de que se encuentra el valor poblacional. Así, por ejemplo, si se toma un cierto porcentaje y se le suma y resta dos veces su error estándar, se obtiene un intervalo al cual se le asigna una confianza de 95 por ciento de que contiene el porcentaje poblacional

Si las mujeres incluídas en la muestra hubieran sido seleccionadas en forma simple al azar, podrían utilizarse directamente las fórmulas muy conocidas que aparecen en los textos de estadística para el cálculo de los errores estándar y límites de confianza y la realización de pruebas de hipótesis; sin embargo, como ya fue señalado, el diseño empleado es complejo e incluye estratificación y selección sistemática de conglomerados. Por esta razón un análisis estadístico correcto de las estimaciones requiere utilizar las fórmulas que corresponden al diseño complejo utilizado, las cuales consideran los efectos de las estratificación y la conglomeración.

Ha sido posible realizar estos cálculos para un cierto grupo de variables de interés especial, empleando el programa de computadora llamada CLUSTERS, que es especialmente apropiado para el análisis estadístico de muestras complejas como la de la FESAL-85.[1]

---

[1]CLUSTERS (Computation and Listing of Useful Statistics on Errors of Sampling) es un programa desarrollado por la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) para diseños complejos. Para FESAL-85 se utilizó en cada estrato el número de conglomerados seleccionados, tal como aparece en el cuadro I.3, p. 133).

El programa CLUSTERS maneja el porcentaje o promedio de interés como una razón estadística **r = y/x**, ya que tanto el numerador **y** como el divisor **x**, número de mujeres, son variables aleatorias. El cálculo de la variancia de **r** lo hace utilizando la fórmula que seguidamente se indica, y el error estándar tomando la raíz cuadrada de esa variancia:

$$\text{var}(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \frac{m_h}{m_h - 1} \sum_{i=1}^{m_h} \left(z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right)$$

$$\text{en que } z_{hi} = y_{hi} - r\, x_{hi}; \quad z_h = y_h - r x_h$$

Donde **h** representa los estratos y varía de 1 a **H**, y m_h es el número de conglomerados en el estrato **h**, y y_{hi} y x_{hi} son la suma de los valores de la variable y el número de casos (mujeres) en el conglomerado **i** del estrato **h**, respectivamente. Finalmente, **f** representa la fracción de muestreo, la cual es ignorada por el programa CLUSTERS.

En el caso de la diferencia entre proporciones o promedios basados en diferentes sub-grupos de la población, el programa CLUSTERS, utiliza la expresión:

$$\mathbf{var(r' - r) = var (r') - var(r) - 2cov(r',r).}$$

En ella **cov(r',r)** indica la covariancia entre los dos **r** cuya diferencia interesa.

Además de los errores estándar, CLUSTERS calcula el efecto del diseño, **DEFT**, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (**ES**) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido simple al azar (ES_{mas}):

$$\text{DEFT} = \text{ES} / (\text{ES}_{mas})$$

Un valor de **DEFT** igual a 1 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1 indicaría que el uso de conglomerados produjo una variancia superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

En el cuadro III.2 se presenta una lista de las 31 variables consideradas de mayor interés en la encuesta. Para cada una se indica el tipo de indicador y el grupo de mujeres para las cuales está definida. En el cuadro III.3 se incluye, para cada una, el correspondiente valor de r (sea un promedio, **x**, ó un porcentaje, p), el error estándar y el número de casos en la muestra total. Además, aparecen a continuación **DEFT**, **ES/r** y el intervalo de confianza del 95 por ciento.

El examen del cuadro revela que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa; esto es especialmente claro en la penúltima columna donde aparecen los errores estándar relativos.

Los errores estándar incluídos en el Cuadro III.3 permiten el cálculo de intervalos de confianza. Así, por ejemplo, el cuadro señala para la variable IDEAL (tamaño deseado de la familia) un valor medio de 3.47 y un error estándar de 0.047. Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, lo que se hace es sumarle y restarle al promedio dos veces el error estándar: 3.47 $\pm$ 2•(0.047), lo que produce el intervalo de 3.375 a 3.564, dentro del cual se tiene una confianza de 95 por ciento de que se encuentra el valor de la población.

Los resultados por área de residencia se presentan en el cuadro III.4. El cuadro III.5 incluye, para tres grupos de edad, los mismos parámetros para 21 variables seleccionadas.

CUADRO III.2

LISTADO DE VARIABLES PARA LAS QUE SE CALCULO ERROR MUESTRAL

VARIABLE		INDICADOR	POBLACION BASE
EDAD	Edad de la Mujer	Promedio	Todas
ESI	Residencia Urbana	Proporción	Todas
ANAL	Analfabetismo	Proporción	Todas
EDUC	Educación 7 ó más años	Proporción	Todas
NOUN	Nunca Unida	Proporción	Todas
ACUN	Actualmente Unida	Proporción	Todas
COMM	Conoce Métodos Modernos	Proporción	Actualmente Unidas
COFU	Conoce Fuente	Proporción	Actualmente Unidas
HINV	Hijos Nacidos Vivos	Promedio	Mujeres 40-49
USMO	Usó alguna vez Método Moderno	Proporción	Actualmente Unidas
USA	Uso Actual	Proporción	Actualmente Unidas
USAPI	Usuaria de Píldora	Proporción	Actualmente Unidas
USDIU	Usuaria DIU	Proporción	Actualmente Unidas
USEST	Usuaria Esterilizada	Proporción	Actualmente Unidas
USOTM	Usuaria Otros Métodos Modernos	Proporción	Actualmente Unidas
USABS	Usuaria Abstinencia	Proporción	Actualmente Unidas
USOTT	Usuaria Otros Tradicionales	Proporción	Actualmente Unidas
COF30	Conoce Fuente a Menos de 30 Minutos	Proporción	Todas
COPPF	Usa Fuente del Programa Nacional	Proporción	Todas
NOMAS	No Desea Más Hijos	Proporción	Actualmente Unidas
ESPERA	Desea Esperar al Menos 2 Años	Proporción	Actualmente Unidas
IDEAL	Tamaño Ideal de la Familia	Promedio	Todas
ASMUP	Asistencia Médica Ultimo Parto	Proporción	Nacimiento en los Ultimos Cinco Años
TETANO	Recibió Inyección Antitetánica	Proporción	" " "
BCG	Recibió BCG	Proporción	Niños 12-17 Meses
DPT	Recibió DPT (3 dosis)	Proporción	Niños 12-17 Meses
POLIO	Recibió Polio (3 dosis)	Proporción	Niños 12-17 Meses
SARAM	Recibió Anti-Sarampión	Proporción	Niños 12-17 Meses
DIARREA	Diarrea Ultimas 2 Semanas	Proporción	Menores de 5 Años
RURAL	Recibió Rehidratación Oral	Proporción	Niños con Diarrea
TRATAM	Recibió Algún Tratamiento	Proporción	Niños con Diarrea

CUAORO III.3

ERRORES OE MUESTREO PARA LA MUESTRA TOTAL

Variable	Valor Estimado R	Error Estándar ES	Casos Ponderados CP	Efecto del Diseño DEFT	Error Relativo ES/R	Intervalos de Confianza R- 2 ES	R + 2 ES
EDAD	28.137	0.145	5206.6	1.087	0.005	27.846	28.428
RESI	0.640	0.021	5206.6	3.136	0.033	0.598	0.681
ANAL	0.217	0.010	5206.6	1.759	0.046	0.197	0.237
EOUC	0.295	0.013	5206.6	2.062	0.044	0.269	0.321
NOUN	0.249	0.007	5206.0	1.188	0.029	0.234	0.263
ACUN	0.608	0.009	5206.6	1.305	0.015	0.590	0.625
COMM	0.931	0.006	3164.4	1.257	0.006	0.920	0.943
COFU	0.896	0.007	3164.4	1.231	0.008	0.883	0.910
HINV	6.124	0.138	861.8	1.167	0.023	5.848	6.400
USMO	0.585	0.013	3164.4	1.467	0.022	0.559	0.610
USA	0.473	0.011	3164.4	1.263	0.024	0.450	0.496
USAPI	0.066	0.005	3164.4	1.194	0.080	0.056	0.077
OSDIU	0.033	0.003	3164.4	1.030	0.100	0.027	0.040
USEST	0.318	0.009	3164.4	1.116	0.029	0.299	0.336
USOTM	0.028	0.004	3164.4	1.265	0.134	0.020	0.035
USABS	0.019	0.003	3164.4	1.102	0.142	0.014	0.024
USOTT	0.009	0.002	3164.4	1.237	0.234	0.005	0.013
COF30	0.668	0.017	5206.6	2.570	0.025	0.634	0.701
COPPF	0.888	0.009	1591.0	1.102	0.010	0.870	0.905
NOMAS	0.627	0.010	3164.4	1.154	0.016	0.607	0.647
ESPERA	0.212	0.008	3164.4	1.092	0.038	0.196	0.228
IDEAL	3.470	0.047	5206.6	1.536	0.014	3.375	3.564
ASMUP	0.467	0.020	3490.9	2.329	0.043	0.427	0.508
TETANO	0.477	0.016	3490.9	1.799	0.033	0.446	0.508
BCG	0.738	0.027	339.2	1.090	0.036	0.685	0.792
DPT	0.637	0.033	339.2	1.213	0.051	0.571	0.702
POLIO	0.615	0.034	339.2	1.229	0.055	0.548	0.682
SARAM	0.817	0.023	339.2	1.043	0.028	0.772	0.862
DIARREA	0.361	0.012	3234.6	1.336	0.032	0.338	0.384
RURAL	0.261	0.021	1166.6	1.571	0.080	0.219	0.302
TRATAM	0.946	0.008	1232.8	1.209	0.008	0.930	0.962

CUADRO III.4

ERRORES DE MUESTREO PARA LAS AREAS DE RESIDENCIA

VARIA-BLE	AREA METROPOLITANA				RESTO URBANO				AREA RURAL			
	R	ES	CP	ES/R	R	ES	CP	SE/R	R	ES	CP	SE/R
EDAD	27.465	0.182	1750.1	0.007	28.390	0.282	1601.1	0.010	28.554	0.252	1855.4	0.009
ANAL	0.095	0.010	1750.1	0.104	0.151	0.012	1601.1	0.078	0.390	0.017	1855.4	0.044
EDUC	0.466	0.024	1750.1	0.051	0.364	0.020	1601.1	0.055	0.075	0.010	1855.4	0.131
NOUN	0.284	0.012	1750.1	0.044	0.271	0.014	1601.1	0.052	0.196	0.013	1855.4	0.066
CUN	0.558	0.016	1750.1	0.028	0.585	0.017	1601.1	0.029	0.674	0.015	1855.4	0.022
COMM	0.978	0.005	977.2	0.005	0.954	0.008	936.2	0.008	0.878	0.012	1251.0	0.014
COFU	0.956	0.010	977.2	0.010	0.929	0.010	936.2	0.011	0.825	0.014	1251.0	0.017
HINV	4.936	0.234	231.4	0.047	5.472	0.302	292.3	0.055	7.501	0.168	338.1	0.022
USMO	0.765	0.018	977.2	0.023	0.647	0.020	936.2	0.031	0.397	0.024	1251.0	0.061
USA	0.635	0.017	977.2	0.027	0.524	0.019	936.2	0.037	0.309	0.019	1251.0	0.062
USAPI	0.085	0.009	977.2	0.109	0.083	0.010	936.2	0.118	0.039	0.008	1251.0	0.215
USDIU	0.056	0.007	977.2	0.123	0.030	0.005	936.2	0.157	0.018	0.005	1251.0	0.301
USEST	0.389	0.018	977.2	0.046	0.362	0.017	936.2	0.046	0.229	0.017	1251.0	0.075
USOTM	0.058	0.008	977.2	0.142	0.016	0.005	936.2	0.289	0.014	0.004	1251.0	0.285
USABS	0.032	0.006	977.2	0.180	0.021	0.005	936.2	0.253	0.007	0.003	1251.0	0.390
USOTT	0.015	0.005	977.2	0.368	0.012	0.003	936.2	0.287	0.002	0.001	1251.0	0.715
COF30	0.833	0.011	1750.1	0.013	0.790	0.022	1601.1	0.027	0.407	0.034	1855.4	0.083
COPPF	0.849	0.012	660.8	0.015	0.887	0.015	518.4	0.017	0.951	0.014	411.7	0.014
NOMAS	0.698	0.018	977.2	0.026	0.664	0.019	936.2	0.029	0.544	0.019	1251.0	0.034
ESPERA	0.186	0.015	977.2	0.082	0.191	0.016	936.2	0.083	0.248	0.012	1251.0	0.050
IDEAL	2.888	0.046	1750.1	0.016	3.290	0.078	1601.1	0.024	4.173	0.084	1855.4	0.020
ASMUP	0.811	0.024	948.2	0.030	0.521	0.033	887.6	0.064	0.382	0.022	1655.2	0.079
TETANO	0.601	0.022	948.2	0.037	0.523	0.031	887.6	0.059	0.665	0.044	1655.2	0.057
BCG	0.823	0.039	90.5	0.048	0.783	0.055	88.8	0.070	0.551	0.052	159.9	0.066
DPT	0.743	0.061	90.5	0.082	0.682	0.058	88.8	0.086	0.547	0.053	159.9	0.095
POLIO	0.706	0.064	90.5	0.091	0.643	0.061	88.8	0.095	0.780	0.034	159.9	0.096
SARAM	0.847	0.040	90.5	0.047	0.854	0.047	88.8	0.055	0.377	0.012	159.9	0.044
DIARREA	0.304	0.029	898.2	0.095	0.393	0.023	824.9	0.059	0.213	0.033	1511.6	0.031
RURAL	0.307	0.037	272.9	0.119	0.305	0.035	324.5	0.113	0.921	0.014	569.1	0.154
TRATAM	0.968	0.008	294.7	0.008	0.970	0.012	338.1	0.012			600.0	0.016

CUADRO III.5

ERRORES DE MUESTREO POR GRUPOS DE EDAD

VARIA-BLE	MUJERES 15-24 ANOS				MUJERES 25-34 ANOS				MUJERES 35-49 ANOS			
	R	ES	CP	ES/R	R	ES	CP	SE/R	R	ES	CP	SE/R
EDAD	19.223	0.070	2267.9	0.004	29.158	0.089	1530.7	0.003	41.385	0.106	1408.0	0.003
RESI	0.653	0.023	2267.9	0.035	0.642	0.026	1530.7	0.040	0.616	0.022	1408.0	0.035
ANAL	0.140	0.009	2267.9	0.068	0.217	0.015	1530.7	0.068	0.342	0.020	1408.0	0.058
EDUC	0.422	0.015	2267.9	0.036	0.257	0.022	1530.7	0.084	0.132	0.012	1408.0	0.088
NOUN	0.508	0.013	2267.9	0.025	0.065	D.007	1530.7	0.112	0.031	0.004	1408.0	0.142
ACUN	0.402	0.013	2267.9	0.033	0.781	0.012	1530.7	0.016	0.750	0.013	1408.0	0.017
COMM	0.903	0.011	912.8	0.012	0.950	0.008	1195.2	0.009	0.935	0.008	1056.4	0.008
COFU	0.856	0.013	912.8	0.015	0.924	0.010	1195.2	0.011	0.900	0.008	1056.4	0.009
USMO	0.441	0.020	912.8	0.044	0.698	0.020	1195.2	0.028	0.580	0.019	1056.4	0.032
USA	0.309	0.019	912.8	0.063	0.579	0.017	1195.2	0.029	0.495	0.017	1056.4	0.034
USAPI	0.114	0.013	912.8	0.116	0.075	0.009	1195.2	0.122	0.016	0.004	1056.4	0.256
USDIU	0.051	0.009	912.8	0.173	0.034	0.005	1195.2	0.158	0.017	0.004	1056.4	0.223
USEST	0.091	0.010	912.8	0.112	0.406	0.016	1195.2	0.040	0.414	0.017	1056.4	0.040
USOTM	0.030	0.006	912.8	0.212	0.036	0.007	1195.2	0.179	0.017	0.004	1056.4	0.244
USABS	0.016	0.004	912.8	0.272	0.018	0.004	1195.2	0.238	0.023	0.005	1056.4	0.231
USOTT	0.007	0.003	912.8	0.415	0.011	0.004	1195.2	0.306	0.008	0.003	1056.4	0.372
COF30	0.623	0.018	2267.9	0.029	0.717	0.020	1530.7	0.028	0.687	0.020	1408.0	0.029
COPPF	0.804	0.022	286.2	0.028	0.876	0.014	727.9	0.016	0.943	0.008	577.0	0.008
NOMAS	0.343	0.018	912.8	0.054	0.675	0.015	1195.2	0.022	0.818	0.015	1056.4	0.018
ESPERA	0.444	0.019	912.8	0.042	0.179	0.011	1195.2	0.062	0.048	0.008	1056.4	0.173
IDEAL	2.750	0.039	2267.9	0.014	3.609	0.062	1530.7	0.017	4.476	0.101	1408.0	0.023

APENDICE IV

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y ADMINISTRATIVA DE FESAL-85

La estructura organizacional y administrativa adoptada para la ejecución de las diferentes actividades de FESAL-85 se presenta según las funciones del personal en la Sección 1 y según el esquema organizacional en la Seccion 2.

IV.1 Personal

1. Personal Técnico Administrativo

FUNCION	NOMBRE	CARGO E INSTITUCION
Director Nacional	Gustavo Argueta Rivas	Director Ejecutivo de ADS hasta Junio de 1985
	Enrico Henríquez Sanchez	Director Ejecutivo de ADS hasta la fecha
Director de la Encuesta	José David Araya Zelaya	Director UPEI de ADS
Asistente del Director	José Mario Cáceres Henríquez	Asistente UPEI de ADS
Asistente del Director	Luis Sidney Castro Escobar	Asistente UPEI de ADS
Jefe de Análisis	Alex Antonio Alens Zelaya	Presidente-Gerente IPM
Asistente de Análisis	Luis Antonio Bermúdez	Consultor Asociado IPM
Supervisor de Oficina	Elizabeth Zavala	Consultor de IPM
Supervisor de Oficina	Moisés Alens	Consultor de IPM
Supervisor de Crítica	Luis Eduardo Cordero L.	Supervisor de Crítica ADS.
Programador	Julián Guardado Rosado	Programador ISSS
Programador	Ramón Méndez	Programador ISSS
Asesor de Cartografía	Roberto Cócar Romano	Jefe de Cartografía, DYGESTIC
Secretaria	Berta Nora R. de Barrios	Secretaria ADS
Secretaria	Vilma Guadalupe de Mejía	Secretaria ADS
Secretaria	Myrna Lubia H. de Melgar	Secretaria ADS
Secretaria	Hazel Jannet Castillo G.	Secretaria ADS
Secretaria	Nury Herrera	Secretaria ADS
Secretaria	Regina Sevilla de Góchez	Secretaria IPM
Secretaria	Ana Morena Claros	Secretaria IPM

2. Personal de Campo

SUPERVISORAS

Argentina Leonor B. de Chávez
Dora Lilian Vides Zamora
Ana Matilde V. de Chávez
Norma Haydeé Laínez de Grajeda
Consuelo Alvarado de Gaitán
Carlina Cornejo Brito
Ana Vilma Pacheco
Ana María Salazar Méndez

ENTREVISTADORAS

Kelly Guadalupe Torres F.
Dina Griselda Ramos Jovel
Cecilia Castillo
Leticia Guadalupe Minero
Ana Miriam Melgar Linares
Concepción E. de Cortez
Lilian Elizabeth Molina F
Sonia Guadalupe Hernández
Ana Fridy Rodríguez G.
Edith Maritza de Osorio
Alba Luz Magaña Quiñonez
Leticia Bibiana Gómez V.
Inés del Socorro Quintanilla
Roxana Margarita Velasco M.
Ana Filomena Flores Castro
Margoth Cecilia Zeledón L.
Sonia del Carmen Martínez D.
Rhina Luz Solano Córdova
Martha Cecilia Galan
Patricia Elizabeth Zavaleta
Leticia del Carmen Palacios
Ana Lorena H. de Lizano
Sandra Janette Rodriguez M.
Nelly Antonia Gonzalez M.
Yolanda Ramírez de Gonzalez
Dilma Margarita Chacón M.
Dora Cristina Villegas M.
Rosybeth Aparicio Campos
Silvia Consuelo Rauda A.
Ana Gloria Villafranco R.
Lilian Yolanda Medrano V.
Rosa María Hernandez R.
María Evelyn Girón P.
Miriam M. R. de Gáldamez
Marta Liceth Renderos C.
Blanca Olivia G. de F.
Alba Yanira Rodríguez H.
Lilian Margarita Marcía

CRITICA Y CODIFICACION

José Eduardo Quintanilla
Amalia Gladys Castro
Ethel Mabel Ramos Morillo
Julia E. T. vda. de Villatoro
Carlos Elías Miranda R.
Gabriel Morales

MOTORISTAS

Eugenia Colorado Cabrera
Silvestre Martínez Santos
Cruz Elías Pocasangre
José Emeterio Orellana
Juan Antonio Aguilar
Eduardo Orellana
Faustino Antonio Hernández
Carlos Mauricio Morales
Sergio René Aguilera Gómez
Juan Antonio Reyes Hernández
Oscar Armando Avila Guinea
Jerónimo Portillo Alvarez
José Roldán Cruz
Leonidas Huezo
José Daniel Reyes Molina
Juan Fernández Fuentes
Carlos Miguel Blanco A.
José Miguel Angel Vásquez
Roberto Maximí Guerrero

3. Personal de Actualización Cartográfica

DIBUJO

Supervisor: Daniel Alfredo Suárez Portillo

Dibujantes: Salvador Platero, José David Calderón Aragón, Julio César Solís Rivas, José Antonio Barahona M., Luis Gonzálo Nieto N.

ACTUALIZACION CARTOGRAFICA

Supervisores: Enrique S. López S., Luis Alonso Cardona M., Jaime Mauricio Chávez A., Rubén Eduardo Claros H.

Actualizadores:

Santiago Francisco Hernández	José Roberto Vásquez	Mauricio Arnoldo Callejas
José Orlando Colocho	Claudio Eugenio Vides	Omar Iván Alfaro
Francisco Arturo Mendoza	Francisco Humberto Guzmán	René Mauricio Suarez P.
Edson Orlando Rodríguez	René Alberto Chicas Chacón	Galileo Rudecindo Castro
René Mauricio Cortés C.	Julio Francisco Polanco C.	Oscar Alfonso García M.
Marco Tulio Henriquez	Jorge Alberto Bonilla B.	Pablo Enrique Córdoba R.
Omar Aparicio Martínez	Ludwin Ernesto Flamenco	

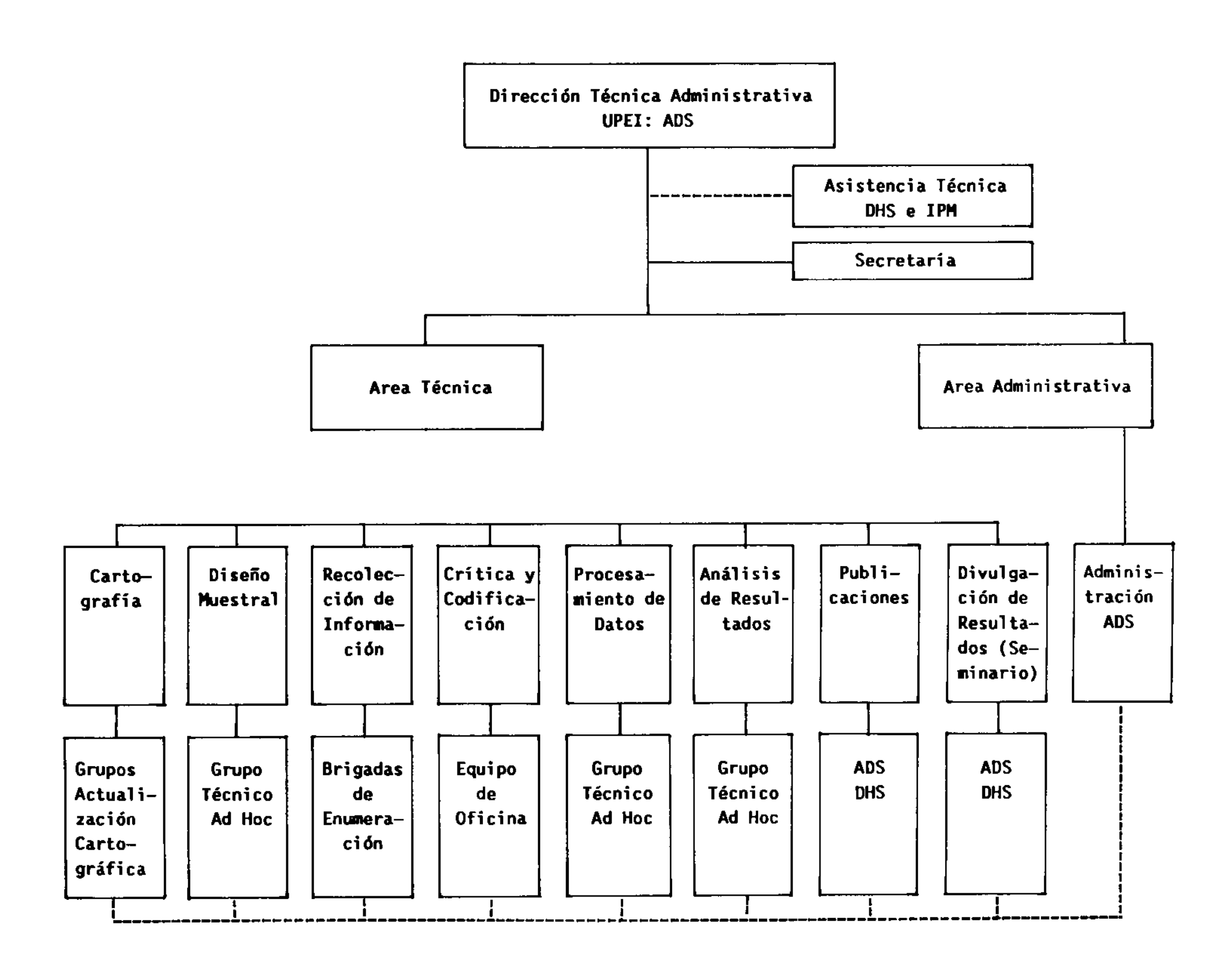
4. Asistencia Técnica de IRD

FUNCION	NOMBRE	CARGO EN IRD
Coordinador Técnico	John Novak	Coordinador América Central, Programa DHS[1]
Coordinador Asistente	Enrique Carrasco	Consultor, DHS
Muestrista	Alfredo Aliaga	Muestrista, DHS
Diseño de Instrumentos	Martin Vaessen	Director Adjunto, DHS
Procesamiento de Datos	Jeanne Cushing	Coordinadora Procesamiento de Datos, DHS
Programación y Análisis	Germán Rodríguez	Consultor, DHS
Análisis y Edición	Luis Hernando Ochoa	Coordinador América Latina, DHS
Secretaria	Marien Bennett	Secretaria, DHS

IV.2 Organización Técnica-Administrativa General

El esquema organizacional de FESAL-85 se presenta a continuación en la página 158.

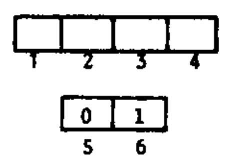
[1]Hasta Octubre de 1985.


Dirección Técnica Administrativa
UPEI: ADS
Asistencia Técnica
DHS e IPM
Secretaría
Area Técnica
Area Administrativa
Carto-
grafía
Diseño
Muestral
Recolec-
ción de
Informa-
ción
Crítica y
Codifica-
ción
Procesa-
miento de
Datos
Análisis
de Resul-
tados
Publi-
caciones
Divulga-
ción de
Resulta-
dos (Se-
minario)
Adminis-
tración
ADS
Grupos
Actuali-
zación
Carto-
gráfica
Grupo
Técnico
Ad Hoc
Brigadas
de
Enumera-
ción
Equipo
de
Oficina
Grupo
Técnico
Ad Hoc
Grupo
Técnico
Ad Hoc
ADS
DHS
ADS
DHS

Cuestionario

REPÚBLICA DE EL SALVADOR, C.A.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR
(FESAL - 85)



Esta investigación está autorizada por las leyes correspondientes. Toda la información será utilizada en forma estrictamente CONFIDENCIAL y su análisis será colectivo, sin tratamientos de casos personales.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

Departamento	

7 8

Municipio	

9 10

A R E A			
URBANA	1	RURAL (Cantón)	2
Sector N°		Sector N°	
Segmento N°		Segmento N°	
Vivienda N°		Vivienda N°	

11

12 13 14

15 16

17 18

DIRECCION: ____________________________

RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA: ____________________________

19 20 21

HOJA DE CONTROL PARA ELEGIR MUJERES
DE 15 A 49 AÑOS CUMPLIDOS

Nº	Nombre de Mujeres que Residen en la Vivienda (NO ANOTE APELLIDO)	Edad (EN AÑOS CUMPLIDOS)	Para Entrevista 1/	
1				22
2				23
3				24
4				25
5				26
6				27
7				28
8				29
9				30

1/ : MARCAR CON UNA "X" LAS MUJERES A SER ENTREVISTADAS EN EL HOGAR, MAYORES DE 15 AÑOS CUMPLIDOS Y HASTA 49 AÑOS CUMPLIDOS. CUANDO EN UN HOGAR HAYA MAS DE UNA MUJER ELEGIBLE, ANOTE EN CADA FORMULARIO ADICIONAL SOLO LAS ELEGI-- BLES, EN LA LINEA QUE LE CORRESPONDA EN EL CUADRO ANTERIOR.

RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

Nº	Resultado	Visita 1ª	Visita 2ª	Visita 3ª
1	Casa con mujer (ES) elegible (S)			
2	Casa no es vivienda			
3	Casa cerrada (MORADORES AUSENTES)			
4	Casa deshabitada			
5	Casa en construcción			
6	Casa destruida			
7	Casa sin mujer (ES) elegible (S)			
8	Otro ____________ (ESPECIFIQUE)			

TRASLADE DE LA PAGINA 2 EL NUMERO DE LINEA QUE CORRESPONDE A CADA MUJER ELEGIBLE	
Número de Mujer Elegible	☐ 31

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Nº	Resultado	Visita		
		1ª	2ª	3ª
1	Entrevista realizada totalmente			
2	Entrevista interrumpida/ Pendiente de Realizar			
3	Entrevista parcialmente realizada por rechazo			
4	Entrevista no realizada por rechazo total			
5	Mujer elegible ausente			
6	Entrevista no realizada por otras causas __________ (ESPECIFIQUE)			

☐☐☐
32 33 34

CONTROL DE ENUMERACION

Entrevistadora:	
Supervisor(a) :	
Fecha de Entrevista:	

☐☐ 35 36

☐ 37

☐☐ 38 39 ☐☐ 40 41

CRITICA	
Criticado por:	Supervisó:
Fecha de Crítica:	

CODIFICACION	
Codificado por:	Supervisó:
Fecha de Codificación:	

1	2	3	4

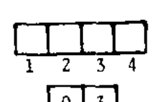
0	2
5	6

SECCION I: DATOS DEL HOGAR

INICIALMENTE, TENGO ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU VIVIENDA			Columna
101	Tipo de vivienda?	1: Casa independiente 2: Apartamento 3: Pieza de mesón 4: Rancho o choza 5: Improvisada 6: Otra ______ (ESPECIFIQUE)	7
102	Material que predomina en el piso?	1: Ladrillo de cemento 2: Loza de cemento 3: Ladrillo de barro 4: Madera 5: Tierra 6: Otro ______ (ESPECIFIQUE)	8
103	Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para beber en la vivienda?	Cañería de Red Pública 1: Privada (PASE A 105) 2: Colectiva 3: Pública Pozo 4: Privado (PASE A 105) 5: Colectivo 6: Público **Otra Fuente** 7: Río, estanque 8: Otra ______ (ESPECIFIQUE)	9
104	Cuanto tiempo les toma llegar a ______ **(FUENTE PRINCIPAL)** desde la vivienda?	[ ][ ][ ] Minutos (IDA)	10-12
105	De esta fuente, hay agua disponible todo el tiempo?	1: Sí 2: No	13
106	Qué combustible utilizan generalmente para cocinar?	1: Electricidad (PASE A 109) 2: Gas Propano 3: Kerosene (gas) 4: Leña 5: Carbón de leña 6: Otro ______ (ESPECIFIQUE) 7: No cocinan	14
107	Tienen servicio de alumbrado eléctrico?	1: Sí (PASE A 109) 2: No	15
108	Qué tipo de alumbrado usan más en este hogar?	1: Kerosene (gas) 2: Velas 3: Otro ______ (ESPECIFIQUE)	16
109	Dispone su hogar de:	Radio? 1: Sí 2: No	17
		Televisor? 1: Sí 2: No	18
		Refrigerador? 1: Sí 2: No	19
		Máquina de Coser? 1: Sí 2: No	20
		Automóvil? 1: Sí 2: No	21
		Otro Transporte? 1: Sí 2: No ______ (ESPECIFIQUE)	22

SECCION II: EDAD Y EDUCACION

ANOTE HORA EXACTA DE INICIO DE ESTA SECCION		Horas [ ][ ] 23 24 Minutos [ ][ ] 25 26	
			Columna
201	Inicialmente, he anotado que usted tiene ________; es correcto (AÑOS CUMPLIDOS)	1: Sí (ANOTE EN 202) 2: No (PREGUNTE 202)	27
202	Cuántos años cumplidos tiene usted?	[ ][ ]: Edad reportada en años cumplidos	28-29
203	En qué fecha nació usted?	[ ][ ]: Día 98: No recuerda día	30-31
		[ ][ ]: Mes 98: No recuerda mes	32-33
		[ ][ ]: Año 98: No recuerda año	34-35
	CON BASE EN 203, CALCULE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. SI COINCIDE CON 202, CONTINUE LA ENTREVISTA; EN CASO CONTRARIO, ANOTE LA EDAD CORREGIDA EN ESTAS CASILLAS Y LUEGO CONTINUE LA ENTREVISTA.	[ ][ ]: Edad establecida en años cumplidos	36-37
204	Ha asistido alguna vez a la escuela?	1: Sí 2: No (PASE A 206)	38
205	Cuál es el grado o año más alto que aprobó?	Nivel Educativo — Grado o Año 1: Básica [ ] 2: Media [ ] 3: Superior [ ]	39-40
SI APROBO CUARTO GRADO O MAS DE BASICA, PASE A 207			
206	Puede leer una carta o el periódico (EL DIARIO) con facilidad, con dificultad o no puede leer?	1: Fácilmente 2: Con dificultad 3: No puede (PASE A SECCION III)	41
207	Lee un periódico o una revista, por lo menos, una vez a la semana?	1: Sí 2: No	42



SECCION III: HISTORIA DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y MATERNIDAD

	AHORA QUISIERA OBTENER INFORMACION DE TODOS LOS HIJOS NACIDOS VIVOS QUE USTED HAYA TENIDO DURANTE SU VIDA		Columna
301a)	Tiene algún hijo o hija que esté(n) viviendo con usted?	1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 301b) Y 301c), Y CONTINUE CON 302a)	7
301b)	Cuántas hijas viven con usted?	☐☐ : Hijas viviendo con ella	8 - 9
301c)	Cuántos hijos varones viven con usted?	☐☐ : Hijos viviendo con ella	10-11
302a)	Tiene algún hijo o hija que no esté(n) viviendo con usted?	1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 302b) Y 302c), Y CONTINUE CON 303a)	12
302b)	Cuántas hijas no viven con usted?	☐☐ : Hijas viviendo en otro lugar	13-14
302c)	Cuántos hijos varones no viven con usted?	☐☐ : Hijos viviendo en otro lugar	15-16
303a)	Ha muerto algún hijo o hija que nació vivo? (ANTES DE ANOTAR LA RESPUESTA, INDAGUE SI INCLUYE HIJOS YA MUERTOS QUE SOBREVIVIERON HORAS O DIAS)	1: Sí 2: No (ANOTE CEROS EN PREGUNTAS 303b) Y 303c) Y CONTINUE CON 304)	17
303b)	Cuántas hijas han muerto?	☐☐ : Hijas ya muertas	18-19
303c)	Cuántos hijos varones han muerto?	☐☐ : Hijos ya muertos	20-21
304	SUME RESPUESTAS DE LITERALES b) Y c) DE 301 A 303 Y ANOTE EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN LAS CASILLAS DE ESTE ESPACIO.	☐☐ : Total de hijos nacidos vivos	22-23
305	Quiere decir que usted ha tenido en total ______ (NUMERO) hijos, es correcto?	1: Sí 2: No (PREGUNTE LITERALES b) Y c) DE PREGUNTAS 301 A 303 Y CORRIJA)	24
	SI EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN 304 ES IGUAL A CERO, PASE A 321.		
306a)	En qué fecha (AÑO Y MES) tuvo su último nacido vivo?	☐☐ : Año ☐☐ : Mes 98: No sabe año 98: No sabe mes	25-26 27-28
	SI SABE AÑO Y MES, PASE A 306d)		
306b)	¿Cuántos años tenía este hijo en su último cumpleaños? ¿Hace cuántos meses cumplió año ?	☐☐ : Años ☐☐ : Meses	29-30 31-32
306c)	CON BASE EN 306b), ESTIME AÑO Y MES DE NACIMIENTO Y ANOTELOS.	☐☐ : Año ☐☐ : Mes	33-34 35-36
306d)	Desde el nacimiento de este hijo, ha tenido otro nacido vivo aunque sólo haya vivido muy poco tiempo?	1: Sí 2: No (PASE A INSTRUCCIONES PREVIAS A 307a)	37
306e)	En qué año y mes nació este niño(a)?	☐☐ : Año ☐☐ : Mes	38-39 40-41

SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO ANTES DE 1980, PASE A LA ULTIMA COLUMNA DE 307a).

SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO A PARTIR DE 1980, HAGA LAS PREGUNTAS 307a) Y 307b), ANOTANDO LA RESPUESTA EN LA PRIMERA COLUMNA Y LUEGO SIGA EL ORDEN ESTABLECIDO EN LAS COLUMNAS, PREGUNTANDO PRIMERO 308a) Y/O 308b) PARA DETERMINAR EL ORDEN DE COLUMNA DE CADA NIÑO.

REGISTRE LOS CASOS DE NACIDOS VIVOS MULTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC...) EN COLUMNAS SEPARADAS, INDICANDO ESTA CONDICION CON UNA LLAVE HORIZONTAL.

INCLUYA LOS QUE HAN MUERTO, AUNQUE SOLO HAYAN VIVIDO POCAS HORAS O DIAS.

	PREGUNTAS	TODOS LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE 1980					NACIMIENTO ANTERIOR Y MAS RECIENTE A 1980
		ULTIMO NACIMIENTO	SEGUNDO ANTERIOR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR	
307a)	Qué nombre le puso al (SEGUN ORDEN DE COLUMNAS) hijo(a)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)	(NOMBRE)
307b)	Es hombre o mujer? (SEGUN ORDEN DE COLUMNAS)	1: Hombre 2: Mujer	1: Hombre 2: Mujer	1: Hombre 2: Mujer	1: Hombre 2: Mujer	1: Hombre 2: Mujer	1: Hombre 2: Mujer
308a)	En qué año y mes nació (NOMBRE)?		Año 198_ Mes ☐☐ No sabe: 98	Año 198_ Mes ☐☐ No sabe: 98	Año 198_ Mes ☐☐ No sabe: 98	Año 198_ Mes ☐☐ No sabe: 98	Año 19__ Mes ☐☐ No sabe: 98
	SI CONOCE AÑO Y MES, PASE A 308c)						
308b)	Cuántos años tenía en su último cumpleaños? Hace cuántos meses cumplió años?		☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐☐ Años ☐☐ Meses
308c)	Está vivo?	1: Sí (PASE A 310) 2: No	1: Sí (PASE A 310) 2: No	1: Sí (PASE A 310) 2: No	1: Sí (PASE A 310) 2: No	1: Sí (PASE A 310) 2: No	1: Sí 2: No
309	Qué edad tenía (NOMBRE) al morir, en años y meses?	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐ Años ☐☐ Meses	☐☐ Años ☐☐ Meses
310	Quién le asistió en el alumbramiento de (NOMBRE)? (MARQUE LA PERSONA MAS CALIFICADA)	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: Otra Persona 5: Ninguno	SI ESTE ES EL UNICO NACIMIENTO ANOTADO, PASE A 321.
311	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le pusieron a usted alguna inyección para prevenir al niño de convulsiones después del nacimiento, o sea una inyección antitetánica?	1: Sí 2: No 3: No sabe	1: Sí 2: No 3: No sabe	1: Sí 2: No 3: No sabe	1: Sí 2: No 3: No sabe	1: Sí 2: No 3: No sabe	
		REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 308c) EN LA SIGUIENTE COLUMNA	

SI HAY UNO O MAS NACIMIENTOS ANOTADOS DESDE 1980, PASE A PRIMERA COLUMNA DE 312

1 2 3 4

0 4

5 6

MARQUE EN LAS CASILLAS SI HAY HIJOS SOBREVIVIENTES ENTRE LOS NACIDOS VIVOS DESDE 1980.

Hay sobrevivientes : ☐ PREGUNTE 312 SOLAMENTE EN LA(S) COLUMNA(S) DE SOBREVIVIENTES

No hay sobrevivientes: ☐ PASE A 317a)

	PREGUNTAS	TODOS LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DESDE 1980				
		ULTIMO NACIMIENTO	SEGUNDO ANTERIOR	TERCERO ANTERIOR	CUARTO ANTERIOR	QUINTO ANTERIOR
312	Ha tenido (NOMBRE DEL HIJO(A) VIVO(A) diarrea en las últimas 2 semanas?	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)
313	Cuál fue el tratamiento que le hizo?					
	a) Le dió una toma (SOLUCION O SUERO ORAL) de azucar, sal y agua?	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No
	b) Le dió un medicamento específico (DISTINTO DE SUERO ORAL)?	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No
	c) Utilizó otros medios (NO MEDICOS)	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No	1: Sí 2: No
314	Buscó consejo o tratamiento de alguien fuera de la casa?	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)	1: Sí 2: No (PASE A 316a)
315	De quién buscó consejo o tratamiento? (MARQUE SOLO EL MAS CALIFICADO)	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona	1: Médico 2: Enfermera 3: Partera 4: A R S 5: Farmacéutico 6: Otra persona
316a)	Tiene tarjeta(s) de salud de (NOMBRE(S)	1: Sí 2: No (PASE A 316b)	1: Sí 2: No (PASE A 316b)	1: Sí 2: No (PASE A 316b)	1: Sí 2: No (PASE A 316b)	1: Sí 2: No (PASE A 316b)

SI TIENE LA TARJETA DE SALUD, TRASLADE SUS DATOS AL CODIGO 1 DE LA 316b)
PARA LAS VACUNAS NO MARCADAS HAGA LA 316b)

316b) Le han puesto la (NOMBRE DE LA VACUNA) a (NOMBRE DEL NIÑO)?

MARQUE 2, 3 U 8 A LA DERECHA DE CADA COLUMNA, SEGUN RESPUESTA

	BCG	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Si 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	DPT 1	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Si 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Si 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	DPT 2	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	DPT 3	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	POLIO 1	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	POLIO 2	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	POLIO 3	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
	SARAMPION	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS	1:Sí 2:Sí 3:No 8:NS
316c)	Vacunó a (NOMBRE) en las recientes jornadas nacionales de vacunación?	1:Sí 2:No	1:Sí 2:No	1:Sí 2:No	1:Sí 2:No	1:Sí 2:No (PASE A INSTRUCCION DE 317a)
316d)	Cuántas veces asistió?	☐	☐	☐	☐	☐
		REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA	REGRESE A 312, EN LA SIGUIENTE COLUMNA	

1	2	3	4

5	6
0	5

	SOLO PARA EL ULTIMO NACIDO VIVO DESDE 1980, PREGUNTE 317a)		
317a)	Alimentó de pecho a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO) ?	1: Sí 2: No	7
	VEA 308c). SI ESTA MUERTO, PASE A 318a). SI ESTA VIVO, PERO NO LE DIO ALIMENTO DE PECHO, PASE A 317c). SI ESTA VIVO Y LO ALIMENTO DE PECHO, CONTINUE CON 317b).		
317b)	Continúa alimentando de pecho a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)?	1: Sí 2: No	8
317c)	Le ha dado leche en polvo, de vaca o cabra frecuentemente?	1: Sí 2: No	9
317d)	Le ha dado alimentos sólidos o pastas (LICUADOS, COLADOS) frecuentemente?	1: Sí 2: No (PASE A 319)	10
318a)	Le dió a (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO) leche en polvo, de vaca o cabra frecuentemente?	1: Sí 2: No	11
318b)	Le dió alimentos sólidos o pastas (LICUADOS, COLADOS) frecuentemente?	1: Sí 2: No	12
319	Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)?	1: Sí 2: No (PASE A 325)	13
320	Le volvió la menstruación (REGLA) después del nacimiento de (NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO)?	1: Sí 2: No (PASE A A 322)	14
321	Cuánto tiempo hace que comenzó su última menstruación?	1: ☐☐ días o 2: ☐☐ semanas o 3: ☐☐ meses 97: Nunca ha menstruado (PASE A 322)	15-17
	SI REPORTO MENOS DE 4 SEMANAS EN LA 321, PASE A 324.		
322	Está actualmente embarazada?	1: Sí 2: No } (PASE A 324) 3: No sabe }	18
323	Cuántos meses tiene de embarazo?	☐ Meses (PASE A 325)	19
324	Ha tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas?	1: Sí 2: No	20
325	A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?	☐☐ Años cumplidos 97: Nunca 98: No sabe	21-22

1	2	3	4

SECCION IV: CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPCION

5	6
0	6

Quisiera que habláramos sobre un tema distinto. Como usted puede saber, hay varios métodos para que una pareja pueda retardar o evitar los embarazos.

401 De cuáles de estos métodos ha escuchado o conoce usted?

MARQUE EL CODIGO "1: Sí" en 402a) PARA CADA METODO QUE MENCIONE LA ENTREVISTADA.

LEA LA DESCRIPCION DE LOS METODOS QUE NO MENCIONO Y MARQUE EL CODIGO APROPIADO EN 402a).

POSTERIORMENTE, PREGUNTELE 402b). PARA MUJERES QUE NUNCA HAYAN TENIDO RELACIONES SEXUALES (VEA 325), TACHE TODA LA COLUMNA CORRESPONDIENTE A 402b)

Descripción del Método	402a) (LEA DESCRIPCION Y DESPUES PREGUNTE): Ha oído usted sobre este método?		402b) Ha usado alguna vez este método?	
ESTERILIZACION FEMENINA "Las mujeres pueden operarse para después no tener más hijos".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
ESTERILIZACION MASCULINA "Los hombres pueden operarse para no tener más hijos".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
INYECCIONES "Las mujeres pueden ser inyectadas por un médico o por una enfermera para retardar el embarazo por algunos meses".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
D I U "Las mujeres pueden hacer que un médico o enfermera les coloque internamente un aparatito".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
PILDORA "Las mujeres pueden tomar una píldora cada día".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
CONDON O PRESERVATIVO "Los hombres pueden usar condón durante la relación sexual"	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
TABLETAS VAGINALES "Las mujeres pueden colocarse tabletas espumosas internamente antes de las relaciones sexuales".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
OTROS METODOS FEMENINOS "Las mujeres pueden colocarse una espuma, un supositorio, un diafragma, jaleas o cremas internamente, antes de las relaciones sexuales".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
RITMO "Las parejas pueden evitar relaciones en ciertos días del mes, cuando la mujer está con más posibilidad de quedar embarazada".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
RETIRO "Los hombres pueden tener cuidado y retirarse antes de terminar (clímax)".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No
OTROS "Ha escuchado usted de otros métodos que tanto mujeres como hombres, pueden usar para evitar el embarazo?".	1: Sí	2: No	1: Sí	2: No

SI TODAS LAS RESPUESTAS SON <u>NO</u> EN 402a), PASE A SECCION VI

REVISE 402a) Y MARQUE UNA "X" EN LOS METODOS QUE CONOCE LA ENTREVISTADA.
ENTONCES PREGUNTE 403, EXCLUSIVAMENTE PARA LOS METODOS QUE CONOCE.

Método		403. Cuál es el lugar más cercano donde puede obtener (METODO)?									404. Usted iría caminando o usaría transporte?	405. Que tiempo le tomaría llegar? (MINUTOS)
		Establecimientos del MSPAS	Establecimientos del ISSS	Clínica ADS/PRO-FAMILIA	Clínica Privada Médico	Farmacia	Puesto PRO-FAMILIA	ARS	Otro Lugar (ESPECIFIQUE)	No Sabe		
ESTERILIZACION FEMENINA		1	2	3	4				8	9	1: Caminando 2: Transporte	
ESTERILIZACION MASCULINA		1	2	3	4				8	9	1: Caminando 2: Transporte	
INYECCION		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1: Caminando 2: Transporte	
D I U		1	2	3	4	5			8	9	1: Caminando 2: Transporte	
PILDORA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1: Caminando 2: Transporte	
CONDON O PRESERVATIVO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1: Caminando 2: Transporte	
TABLETAS VAGINALES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1: Caminando 2: Transporte	
ESPUMA, JALEA CREMA O DIAFRAGMA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1: Caminando 2: Transporte	

VEA 402 b. SI NUNCA HA USADO UN METODO PASE A SECCION V

VUELVA A 322 Y 402 b) Y MARQUE

EMBARAZADA: SI [ ] (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416)

NO [ ]

ESTERILIZADA: SI [ ] (COMPLETE 406 a) Y 407)

NO [ ] (CONTINUE)

			Columna
406 a)	Está usted usando algún método para no quedar embarazada?	1: Sí (PASE A 407) 2: No	
406 b)	Podría decirme la razón principal por la cual usted no usa actualmente un método para no quedar embarazada? ______	[ ][ ] (PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 416)	
407	Qué método está usando?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U → ______ (TIPO) [ ][ ] (MES) [ ][ ] (AÑO) 05: Píldora 06: Condón o Preservativo 07: Tableta Vaginal 08: Espuma, Jalea, Crema 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otro (09–11: PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416) ______ (ESPECIFIQUE)	
408	Dónde obtiene (obtuvo) este método?	1: Establecimientos del MSPAS 2: Establecimientos del ISSS 3: Clínica ADS/Pro-Familia 4: Clínica Privada/Médico 5: Farmacia 6: Puesto PRO-FAMILIA 7: ARS 8: Otro ______ (ESPECIFIQUE)	
409 a)	Es el (la) ______ (FUENTE MENCIONADA) el lugar más cercano que usted conoce donde pueda obtener ______ (METODO)?	1: Sí (PASE A INSTRUCCION DE 410) 2: No 3: No sabe (PASE A INSTRUCCION DE 410)	
409 b)	Porqué no utiliza el lugar más cercano? ______	[ ][ ]	

VEA 407 Y REVISE. SI NO ESTA ESTERILIZADA, PASE A 416.
SI ESTA ESTERILIZADA, CONTINUE.

410	Me dijo que usted fue esterilizada. En qué año y mes le hicieron esta operación?	[ ][ ] : Año 98: No recuerda año [ ][ ] : Mes 98: No recuerda mes	

1	2	3	4

5	6
0	7

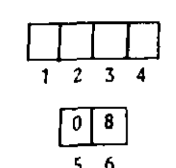
411	Le recomendó alguna persona que se hiciera esta operación?	1: Sí 2: No (PASE A 413)	
412	Quién le recomendó operarse?	1: Enfermera 2: Médico 3: Otro Trabajador de Salud __________ (ESPECIFIQUE) 4: Trabajador/Promotor Social 5: Esposo 6: Pariente/Amigo (a) 7: Otro __________ (ESPECIFIQUE)	
413	Fue su propia decisión hacérsela?	1: Sí 2: No	
414	Se sintió bajo presión para hacerse esta operación?	1: Sí 2: No (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 416)	
415	En concreto, bajo qué presión se sintió? __________ __________ __________	☐☐	

VEA 402 b): NUNCA HA USADO LA PILDORA: PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 418.
HA USADO LA PILDORA: MUESTRE LAS FOTOGRAFIAS.

Hay diferentes marcas de píldoras. Voy a enseñarle unas fotografías y me gustaría que me indicara cualquier marca que usted haya usado alguna vez:

416	Cuál de estas píldoras ha usado alguna vez? ANOTE EL NUMERO DE IDENTIFICACION, LA MARCA Y EL PRECIO DE LAS PILDORAS QUE LA ENTREVISTADA MANIFIESTE HABER USADO ALGUNA VEZ. EN CASO DE QUE LAS MARCAS QUE HA USADO ALGUNA VEZ, NO APAREZCAN EN LAS FOTOGRAFIAS, ANOTE LA(S) MARCA(S) Y PRECIO(S) EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE	Número / Marca / Precio (₡) ___ | ___ | ___ ___ | ___ | ___ ___ | ___ | ___ ___ | ___ | ___ Otra | ___ (ESPECIFIQUE) | ___	

VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE LA PILDORA, PASE A INSTRUCCION PREVIA DE 418. SI USA ACTUALMENTE LA PILDORA, CONTINUE.			Columna
417	Qué marca usa actualmente?	Número / Marca / Precio (₡) Otra: ____ (ESPECIFIQUE)	
VEA 402 b): SI NUNCA HA USADO TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI HA USADO TABLETAS, MUESTRE LAS FOTOGRAFIAS.			
418	Cuál de estas tabletas vaginales ha usado alguna vez? ANOTE NUMERO DE IDENTIFICACION, LA MARCA Y EL PRECIO DE LAS TABLETAS VAGINALES QUE LA ENTREVISTADA SEÑALE EN LAS FOTOGRAFIAS. EN CASO DE QUE LAS MARCAS QUE HA USADO ALGUNA VEZ NO APAREZCAN EN LAS FOTOGRAFIAS, ANOTE LA(S) MARCA(S) Y PRECIO(S) EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.	Número / Marca / Precio (₡) Otra: ____ (ESPECIFIQUE)	
VEA 407: SI NO USA ACTUALMENTE TABLETAS VAGINALES, PASE A 420. SI USA TABLETAS VAGINALES, MANTENGA LAS FOTOGRAFIAS Y PREGUNTE.			
419	Qué marca usa actualmente?	Número / Marca / Precio (₡) Otra: ____ (ESPECIFIQUE)	
420	Conoce usted algún puesto de PRO-FAMILIA?	1: Sí 2: No (PASE A 501)	
421	En los 12 meses últimos, ha obtenido algún método de cualquier puesto de PRO-FAMILIA?	1: Sí 2: No (PASE A 501)	
422	Cuál fue el último método que obtuvo?	1: Pildora 2: Condón 3: Tabletas Vaginales 4: Otros Métodos Vaginales	
423	Está usando un puesto de PRO-FAMILIA ahora?	1: Sí (PASE A 501) 2: No	
424	Porqué no? ____ ____ ____ (ESPECIFIQUE)	☐☐	



SECCION V: INTENCIONES

VEA 406. SI USA ACTUALMENTE UN METODO, PASE A 505;
SI NO ESTA USANDO CONTINUE:

			Columna
501	Piensa usar algún método para no quedar embarazada en el futuro?	1: Sí 2: No } (PASE A 507) 3: No Sabe } (PASE A 507)	7
502	Piensa usarlo durante los próximos doce meses o después?	1: Durante próximos 12 meses 2: Después	8
503	Cual método piensa usar?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyecciones 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros ______ (ESPECIFIQUE) 98: No Sabe (PASE A 507)	9 - 10
504	A qué lugar iría o a quien le pediría información del método que piensa usar?	01: Establecimientos del MSPAS 02: Establecimientos del ISSS 03: Clínica ADS/PRO-FAMILIA 04: Clínica Privada/Médico 05: Farmacia 06: Puesto PRO-FAMILIA 07: ARS 08: Otro ______ (ESPECIFIQUE) 09: Ninguno 98: No Sabe } (PASE A 507)	11-12
505	Si dependiera completamente de su decisión, que método preferiría usar ahora, el que está usando o algún otro método?	1: Método Actual (PASE A 507) 2: Ningún Método (PASE A 507) 3: Otro Método	13

Columna

506	Qué método le gustaría usar ahora?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros ____________ (ESPECIFIQUE) 98: No Sabe	14-15
507	**Está usted de acuerdo o no está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos?**	1: **Está de acuerdo** (PASE A 509) 2: No está de acuerdo	16
508	Porqué usted no está de acuerdo? ____________ ____________ ____________ ____________ **(PASE A 510)**	☐☐	17-18
509	Porqué usted está de acuerdo? ____________ ____________ ____________ ____________	☐☐	19-20
510	Por qué medio conoció usted por primera vez sobre métodos anticonceptivos? ____________ ____________ ____________ ____________	☐☐	21-22

SECCION VI: ESTADO CIVIL

			Columna
601	Ha estado usted casada o acompañada?	1: Sí 2: No (PASE A SECCION VII)	23
602	Actualmente, está usted casada, acompañada, viuda, divorciada o separada?	1: Casada 2: Acompañada 3: Viuda 4: Divorciada/Separada	24
603	Ha estado usted casada o acompañada una vez o más de una vez?	1: Una vez 2: Más de una vez	25
604	En qué año y mes se casó o se -- acompañó (POR PRIMERA VEZ)?	☐☐ : Año ☐☐ : Mes 98: No sabe año 98: No sabe mes	26 -27 28 -29
SI NO SABE EL AÑO Y/O EL MES, PREGUNTE 605.			
605	Qué edad tenía cuando se casó o se acompañó (POR PRIMERA VEZ)?	☐☐ : Edad (AÑOS)	30 - 31

SECCION VII: PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

VUELVA A 322 REVISE. SI LA ENTREVISTADA NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE, PASE A INSTRUCCION 708.
SI ESTA EMBARAZADA PREGUNTE 701.

			Columna
701	Durante los seis meses anteriores a que saliera embarazada esta vez, estaba usando algún método para no quedar embarazada?	1: Sí 2: No (PASE A 704)	32
702	Quedó usted embarazada mientras usaba algún método o ya había dejado de usarlo?	1: Mientras lo usaba 2: Había dejado de usarlo (PASE A 704)	33
703	Que método estaba utilizando?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: DIU 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otros ____ (ESPECIFIQUE)	34 - 35
704	Antes de salir embarazada, deseaba tener otro hijo?	1: Sí 2: No 3: No Sabe } (PASE A 706)	36
705	Deseaba el embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo?	1: En ese momento 2: Esperar más tiempo 3: No Sabe	37
706	Después del niño que está esperando, desea tener otro niño?	1: Sí 2: No 3: No Sabe } (PASE A INSTRUCCION DE 710)	38
707	Después del nacimiento del niño que está esperando, cuánto tiempo quisiera esperar para tener otro niño?	[ ][ ] AÑOS DE ESPERA 98: No Sabe (PASE A INSTRUCCION DE 710)	39 - 40

VEA 402b) Y REVISE. ESTERILIZADA: Sí ☐ (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 710)
No ☐

VEA 602 Y REVISE. CASADA/ACOMPAÑADA: Sí ☐ (PREGUNTE 708)
No ☐ (PASE A INSTRUCCION PREVIA A 710)

			Columna
708	Desea tener (un, otro) hijo?	1: Sí 2: No / 3: No Sabe } (PASE A 710)	41
709	Cuantos años le gustaría esperar para tener (un, otro) hijo?	☐☐ Años de Espera	42 - 43

VEA 307 SI NO HAY NINGUN NACIMIENTO EN 1980 O DESPUES, PASE A 720.
SI HAY UN SOLO NACIMIENTO EN 1980 O DESPUES, PASE A 715
SI HAY DOS O MAS NACIMIENTOS EN 1980 O DESPUES, CONTINUE:

710	PARA EL PENULTIMO NACIMIENTO: Durante los seis meses anteriores a que usted quedara embarazada de ______________ (NOMBRE) usó algún método para no quedar embarazada?	1: Sí 2: No (PASE A 713)	44
711	En el momento que usted quedó embarazada de (NOMBRE), estaba usando algún método o ya había dejado de usarlo?	1: Estaba usando 2: Había dejado de usarlo (PASE A 713)	45
712	Qué método estaba usando?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otro ______________ (ESPECIFIQUE)	46 - 47
713	Antes de que usted quedara embarazada de (NOMBRE), deseaba tener otro niño?	1: Sí 2: No / 3: No está segura } (PASE A 715)	48
714	Deseaba tener ese embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo?	1: En ese momento 2: Esperar más tiempo 3: No Sabe	49

			Columna
715	**PARA EL ULTIMO NACIMIENTO** Durante los seis meses anteriores a que usted quedara embarazada de ____________ (NOMBRE) Usó algún método para no quedar embarazada?	1: Sí 2: No (PASE A 718)	50
716	En el momento que usted quedó embarazada de (NOMBRE), estaba usando algún método o ya había dejado de usarlo?	1: Estaba usando 2: Había dejado de usarlo (PASE A 718)	51
717	Qué método estaba usando?	01: Esterilización Femenina 02: Esterilización Masculina 03: Inyección 04: D I U 05: Píldora 06: Condón 07: Tabletas Vaginales 08: Espuma, Crema, Jalea o Diafragma 09: Ritmo 10: Retiro 11: Otro ____________ (ESPECIFIQUE)	52 - 53
718	Antes de que usted quedara embarazada de (NOMBRE), deseaba tener otro niño?	1: Sí 2: No }(PASE A 720) 3: No está segura }	54
719	Deseaba tener ese embarazo en ese momento o deseaba esperar más tiempo?	1: En ese momento 2: Esperar más tiempo 3: No sabe	55
720	Si pudiera escoger exactamente el número de hijos a tener en toda su vida, cuántos tendría? ANOTE NUMERO SIMPLE O RANGO	[ ][ ] : Número de [ ][ ] Rango a [ ][ ]	56 - 57 58 - 59 60 - 61

SECCION VIII: ANTECEDENTES DEL CONYUGE

VEA 601. SI NUNCA HA ESTADO CASADA O ACOMPAÑADA, FINALICE LA ENTREVISTA Y ANOTE LA HORA AL FINAL DE ESTA PAGINA.

SI HA ESTADO CASADA O ACOMPAÑADA, PREGUNTE SOBRE EL ACTUAL O MAS RECIENTE CONYUGE.

			Columna
801	Asistió su (ULTIMO) esposo (CONYUGE) alguna vez a la escuela?	1: Sí 2: No } (PASE A 803) 3: No sabe } (PASE A 803)	62
802	Cuál es el grado o año más alto que aprobó su esposo (CONYUGE)?	Nivel Educativo / Grado o Año 1: Básica ☐ 2: Media ☐ 3: Superior ☐ 98: No sabe	63-64
	SI APROBO CUARTO GRADO O MAS DE BASICA, PASE A 804		
803	Puede (PODIA) él leer una carta o el periódico (EL DIARIO) con facilidad, con dificultad o no puede leer?	1: Fácilmente 2: Con dificultad 3: No puede	65
804	Qué c se de trabajo realiza(ba) su es so (CONYUGE) principalmente? __________ (DESCRIBIRLO) __________	☐☐	66 - 67
	SI LA OCUPACION PRINCIPAL NO ES AGRICOLA, TERMINE ENTREVISTA. SI ES AGRICOLA, CONTINUE.		
805	Trabaja (TRABAJO) su esposo(CONYUGE) en tierras propias(FAMILIARES) o en tierras ajenas?	1: Propias o Familiares (TERMINE ENTREVISTA) 2: Ajenas	68
806	Trabaja (TRABAJO) principalmente por pago en dinero o por repartición de cosechas (PAGO EN ESPECIE)?	1: Pago en dinero 2: Pago en especie 3: Parte en dinero y parte en especie	69
*	ANOTE HORA EXACTA DE FINALIZACION	HORAS ☐☐ MINUTOS ☐☐	70 - 71 72 - 73

PARA OBSERVACIONES :

ENTREVISTADORA :

SUPERVISOR
DE
CAMPO :

COORDINACION :